



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Estratégias de Enfermagem para prevenir o erro de medicação *look-alike sound-alike*

Luísa Patrícia Fernandes da Costa

Orientação: Professora Mariana Vitória Falcão Carrilho Carolino Pereira

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica a Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Estratégias de Enfermagem para prevenir o erro de medicação *look-alike sound-alike*

Luísa Patrícia Fernandes da Costa

Orientação: Professora Mariana Vitória Falcão Carrilho Carolino Pereira

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica a Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020

ESTRATÉGIAS DE ENFERMAGEM PARA PREVENIR O ERRO DE MEDICAÇÃO *LOOK-ALIKE SOUND-ALIKE*

Luísa Patrícia Fernandes da Costa

Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica

Júri:

Presidente: Professor Doutor Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro, Professor Coordenador, Escola Superior de Saúde de Portalegre

Arguente: Professora Doutora Maria do Céu Mendes Pinto Marques, Professora Coordenadora, Escola Superior de enfermagem São João de Deus, Évora

Orientador: Professora Mariana Falcão Carrilho Carolino Pereira, Professora Adjunta, Escola Superior de Saúde de Setúbal

Data: 16 de outubro de 2020

PENSAMENTO

“Ao longo do caminho, ficam pegadas, ficam lágrimas, ficam marcas.

Ao longo da estrada ficam feridas, ficam cicatrizes, ficam mágoas.

Ao longo do percurso ficam amores, ficam experiências, ficam sonhos, ficam ilusões, ficam dores, ficam nada.”

Val Assis

O MEU AGRADECIMENTO,

À professora Mariana Pereira, pela orientação, incentivo, disponibilidade, compreensão e encorajamento demonstrado ao longo desta caminhada.

Aos Enfermeiros Supervisores Marisa Biscaia e Flávio Patoleia, pelo estímulo permanente das aprendizagens, momentos de reflexão e partilha de experiências e conhecimento.

A Enfermeira Chefe do Serviço de Especialidades Médicas Teresa Bailão, pela aceitação e apoio no desenvolvimento do projeto de intervenção em serviço.

A equipa de enfermagem do Serviço de Especialidades Médicas, em especial ao Enfermeiro José Fernando, Sara e Madalena pelo encorajamento, apoio incondicional e colaboração no desenvolvimento do projeto de intervenção em serviço.

Aos meus amigos, por serem o ombro nos momentos de desânimo. A vossa alegria e amizade são das melhores coisas que eu posso ter na vida.

À minha família, em especial pai, mãe e irmã Joana pelo apoio incondicional, compreensão perante as ausências, carinho e palavras de encorajamento, que me ampararam nesta caminhada. A eles devo tudo aquilo que sei e sou.

Ao **Alexandre**, por estar sempre presente, por ter acreditado sempre nas minhas capacidades, pela tolerância às minhas frequentes ausências durante esta caminhada de imenso trabalho.

A todos vós, mais uma vez o meu **Muito Obrigado**.

RESUMO

No âmbito o 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Associação ministrado pela Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Portalegre (IPP) na área de especialização, Enfermagem médico cirúrgica a Pessoa em Situação Crítica, surge o presente relatório.

Este relatório traduz o trabalho desenvolvido e as aprendizagens adquiridas ao longo dos estágios realizados na Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais (UAVC) e na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Centro Hospitalar de Setúbal (CHS). A materialização destas atividades e os aportes teóricos obtidos durante a formação teórica, proporcionaram oportunidades de formação e aprendizagem aplicadas na prática diária de prestação de cuidados que contribuíram para o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Mestre em Enfermagem, visando uma melhoria da qualidade dos cuidados e a excelência no exercício da profissão.

Ao longo dos estágios realizados e com base na metodologia de Projeto, foi desenvolvido um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) com a finalidade de promover a qualidade dos cuidados de enfermagem na área da segurança do doente e da medicação *look-alike sound-alike* (LASA), através da implementação de estratégias com o objetivo de prevenir os erros associados aos medicamentos LASA.

Paralelamente, este relatório contempla uma análise e reflexão crítica fundamentada, sobre o processo de aquisição e desenvolvimento de competências de Mestre em Enfermagem, bem como competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica a Pessoa em Situação Crítica e de que forma os aportes teóricos e os estágios realizados contribuíram para a sua aquisição.

PALAVRAS CHAVE

Enfermagem Médico-Cirúrgica; Segurança do Doente; Erro de Medicação; Medicamentos LASA.

ABSTRACT

This essay relates to the 3rd Association Nursing Masters Course, with Specialization in Medical and Surgical Nursing for people in Critical Condition offered by the Health School of the Polytechnic Institute of Portalegre.

This survey analyses the work developed and the lessons learned during the internships carried out at the Stroke Unit (UAVC) and the Multipurpose Intensive Care Unit (UCIP) of an Hospital Center on the south bank of the Tagus River.

The daily participation in health care procedures provided training and learning opportunities for the employment of the theoretical knowledge obtained during the Course and contributed for an improvement of skill acquisition and development in the Masters Degree in Nursing, as well as the specific skills of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing for People in Critical Condition and Master's Degree in Nursing, aiming quality of nursing care and excellence in the practice of the profession.

Based on the Project methodology, in Service Intervention Project was carried out with strategies to prevent errors associated with *look-alike sound-alike* (LASA) medications and to promote nursing quality in the area of patient safety during administration of LASA medication.

Simultaneously, this essay includes a substantiated analysis and critical reflection on the process of skill acquisition and development in the master's degree in nursing, as well as the specific skills of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing for People in Critical Condition and how theoretical knowledge and internships contributed to its refinement.

KEY WORDS

Nursing Strategies; error prevention; medication *look-alike sound-alike*

LISTA DE SIGLAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CHS – Centro Hospitalar de Setúbal

DGS - Direção Geral de Saúde

EEEPSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

EMI – Emergência intra-hospitalar

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

ESS – Escola Superior de Saúde

GIARC - Grupo de Indicadores, Auditoria e Risco Clínicos

HAM - High- Alert Medications

HOSO – Hospital Ortopédico do Otão

HSB - Hospital de São Bernardo

HSB- Hospital de São Bernardo

IACS – Infecções associadas aos cuidados de saúde

IPP - Instituto Politécnico de Portalegre

ISBAR - Identify (Identificação), Situation (Situação atual), Background (Antecedentes), Assessment (Avaliação) e Recommendation (Recomendações)

ISMP - Institute for Safe Medication Practices

LASA – *look-alike sound-alike*

MCTES – Ministério da Ciência, tecnologia e Ensino Superior

MS – Ministério da Saúde

NIHSS - National Institute of Health Stroke Scale

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada em Evidência

PIS – Projeto de Intervenção em Serviço

PIS- Projeto de Intervenção em Serviço

PNCI - Programa nacional de controlo de infeção

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RMN -Ressonância magnética

RSL- Revisão sistemática da literatura

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SEM – Serviço de Especialidades Médicas

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPAVC - Sociedade Portuguesa de Acidentes Vasculares Cerebrais

SU – Serviço de Urgência

SWOT - Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats

TAC – Tomografia axial computadorizada

TC - Tomografia cerebral

UAVC – Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

USP - United States Pharmacopeia

LISTA DE ABREVIATURAS

p. – página

n.º - número

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. CONTEXTO CLÍNICO	20
1.1. UNIDADE DE ACIDENTES VASCULARES CEREBRAIS DO CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL	21
1.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE DO CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL	25
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO	28
2.1 Segurança do doente.....	28
2.2 Erros de medicação	30
2.3 Medicação LASA	34
2.4 Modelo para a mudança da prática baseada em evidência - June Larrabee.....	38
3. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO	42
3.1. Diagnóstico da situação	43
3.2. Definição dos objetivos.....	46
3.3. Planeamento e execução.....	47
3.4. Avaliação e Resultados.....	51
4. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	57
4.1. Competências Comuns de Enfermeiro Especialista e Competências de Mestre em enfermagem.....	59
4.2. Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica: a pessoa em situação crítica e Competências de Mestre em enfermagem	69
CONCLUSÃO	79
BIBLIOGRAFIA.....	81

APÊNDICES.....	87
ANEXOS	173

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Etapas do Modelo para a Prática Baseada em Evidência	39
Figura 2- Medicação via oral - LASA.....	55
Figura 3 - Legenda da medicação no armário de medicação do SEM.....	55
Figura 4- Medicação Via Endovenosa - LASA	55

INDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Análise Swot	45
Tabela 2 - Cronograma de atividades.....	89
Tabela 3 - Quadro 1 - Planificação do desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, com base no Regulamento n.º 122/2011 (OE, 2011a).....	149
Tabela 4 -Quadro 2 - Planificação do desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa em situação Crítica, com base no Regulamento n.º 124/2011	161

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma de Atividades.....	88
Apêndice II – Plano da Sessão de Formação em Serviço.....	91
Apêndice III – Apresentação da sessão de Formação em Serviço.....	94
Apêndice IV- Revisão Sistemática da Literatura.....	111
Apêndice V – Proposta de Armazenamento de Medicação <i>look-alike sound-alike</i>	114
Apêndice VI – Questionário de Avaliação da Sessão de Formação em Serviço.....	137
Apêndice VII- Projeto de desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em situação Crítica.....	139

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I - Lista de medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético semelhantes, com aplicação do método de inserção de letras maiúsculas.....	174
Anexo II – Despacho de autorização do Projeto de Intervenção em serviço.....	177
Anexo III - Certificado de Formação em Suporte Básico de Vida.....	179
Anexo IV – Certificado de Formação em Suporte Avançado de Vida.....	181
Anexo V – Certificado de Formação em Suporte Avançado de Trauma.....	183
Anexo VI – Certificado de Formação em Serviço - Plano de Emergência Interna.....	185
Anexo VII – Certificado de Formação em Transporte do doente Crítico.....	187
Anexo VIII – Certificado de Participação nas III Jornadas de Enfermagem do Centro Hospitalar de Saúde.....	189

INTRODUÇÃO

No âmbito do 3.º Curso do Mestrado de Enfermagem em associação na área de especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica, na vertente A Pessoa em Situação Crítica ministrado na Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Portalegre (IPP), em associação com a Escola Superior de Enfermagem São João de Deus - Évora, Instituto Politécnico de Setúbal, Instituto Politécnico de Castelo Branco e Instituto Politécnico de Beja, foi-nos solicitado a elaboração de um relatório de estágio, que demonstre o processo aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista e de Mestre em Enfermagem.

O estágio Final tem como finalidade promover o desenvolvimento de conhecimentos e competências para a intervenção especializada num domínio de Enfermagem, evidenciados em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde; promover a melhoria dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e aos referenciais éticos e deontológicos; capacitar para a governação clínica e por fim contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada.

Relativamente aos objetivos de aprendizagem o Estágio Final pretende que o estudante de Enfermagem evidencie capacidade de reflexão crítica sobre a prática clínica, fundamente as decisões com base na teorização e na evidência científica, descreva e avalie o desempenho e a implementação de um projeto e apresente um relatório, com consequente discussão em provas públicas.

Nesta perspetiva foram realizados dois estágios, um na Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais (UAVC) do Serviço de Especialidades Médicas (SEM) e outro na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Centro Hospitalar de Setúbal (CHS) sob orientação da Professora Mariana Pereira e dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica Marisa Biscaia e Flávio Patoleia, respetivamente, de 17 de Setembro de 2019 a 31 janeiro de 2020 contabilizando um total de 366 horas.

De forma a dar resposta aos objetivos de aprendizagem, isto é, às exigências formativas, e simultaneamente a uma necessidade identificada no contexto, foi desenvolvido um projeto de intervenção em serviço (PIS). O PIS visou dar resposta a uma problemática identificada na nossa

prática profissional diária e enquadra-se numa das linhas de investigação do mestrado de enfermagem, neste caso da segurança e qualidade de vida, tendo como temática “Estratégias de Enfermagem para prevenir o erro de medicação *look-alike sound-alike*.”

Citando os autores Jesus & Sonia Ferreira (2012, p. 1):

“Os erros de medicação e as suas consequências constituem um grave problema de saúde pública. Segundo o National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention, um erro de medicação define-se como ‘qualquer acontecimento prevenível que pode causar dano ao utilizador ou que dê lugar a uma utilização inapropriada dos medicamentos quando estes estão sob a responsabilidade dos profissionais de saúde, do doente ou do consumidor’ podendo [...] ‘estar relacionados com a prática profissional, com procedimentos ou com sistemas, incluindo falhas de prescrição, comunicação, rotulagem, embalagem, denominação, preparação, dispensa, distribuição, administração, educação, monitorização e utilização’.

Durante a realização do estágio na UAVC do SEM constatámos que apesar da instituição possuir um plano estratégico ao nível da segurança do doente, não tem definido nenhum projeto de intervenção relativa à prevenção dos erros de medicação associados aos medicamentos LASA, assim pretendemos com a implementação da Intervenção em Serviço (PIS) – “Segurança do doente e medicação *look-alike sound-alike* (LASA). Um projeto de melhoria da qualidade dos Cuidados de Enfermagem” prevenir os erros associados aos medicamentos LASA, através de um novo método de armazenamento, identificação e sinalização deste tipo de medicamentos tendo como suporte teórico a norma n.º 020/2014 de 30/12/2014 da Direção Geral de Saúde (DGS).

Para a realização do PIS foi utilizada a metodologia de trabalho de projeto, uma vez que nos identificámos com os seus pressupostos. Ou seja, a metodologia de projeto, baseia-se no princípio da prática reflexiva, em que visa a identificação sistematizada de problemas e a sua resolução com base na melhor evidência sustentada pela investigação (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010). Ao mesmo tempo, pretendemos através da conceção e implementação deste projeto o desenvolvimento e aquisição de competências de Mestre em Enfermagem, competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a pessoa em situação crítica.

Deste modo, com este relatório propomo-nos: partilhar e analisar criticamente as atividades desenvolvidas, salientando o seu contributo para a aquisição de conhecimentos e competências para uma intervenção especializada em Enfermagem Médico-Cirúrgica; partilhar o desenvolvimento de um PIS que visa a promoção da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde com recurso à investigação; exercer um pensamento crítico-reflexivo sobre o percurso e situações que

nos sensibilizaram e permitiram o desenvolvimento de novas aprendizagens, competências comuns e específicas do Enfermeiro do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a pessoa em situação crítica (EEEPSC) e competências de mestre em Enfermagem; em última análise este relatório tem também como objetivo dar resposta às exigências curriculares, ao interesse e motivação pessoal, constituindo também ele um elemento de avaliação com recurso a discussão em prova publica.

Para responder aos objetivos supracitados e tendo em consideração as regras emanadas no regulamento do estágio final e de relatório de Mestrado em Enfermagem o presente relatório encontra-se estruturado da seguinte forma: na primeira parte abordamos a descrição dos contextos clínicos onde decorreram os estágios e onde se implementou o PIS, que inclui a caracterização do espaço físico, dos recursos humanos e o percurso do doente no caso em particular da UAVC do SEM. Numa segunda parte, apresentámos o PIS. Iniciámos este capítulo com o enquadramento teórico, cuja finalidade é a abordar as temáticas que o suportam conceptualmente. Destacam-se os seguintes conteúdos: segurança do doente, erros de medicação e medicamentos LASA. De seguida, realizámos uma breve alusão ao referencial teórico de June Larrabee. Numa terceira parte apresentámos a metodologia adotada no PIS, no qual descrevemos sucintamente o diagnóstico de situação, incluímos neste capítulo, o planeamento das intervenções, de acordo com a metodologia de trabalho de projeto, a resposta aos problemas identificados, a execução das intervenções propostas e a sua avaliação. Na quarta parte efetuámos uma descrição e análise crítico reflexiva de todo o percurso realizado que permitiu a aquisição, desenvolvimento e consolidação das competências comuns do Enfermeiro Especialista, das competências Específicas do EEEPSC e das competências de Mestre em Enfermagem. Por fim, apresentámos as considerações finais, que abarcam uma reflexão sobre os objetivos traçados inicialmente e sobre quão importante se revela a elaboração deste trabalho

Importa referir que este relatório estágio foi redigido à luz do novo acordo ortográfico da língua portuguesa e seguiu as orientações de citação e referenciação emanadas pela *American Psychological Association*, 6.^a edição. Foi ainda utilizado o guia orientador para elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, como base para a formatação.

1. CONTEXTO CLÍNICO

Considerámos que é de extrema importância definir e caracterizar o local onde se realizaram os estágios, neste caso em particular os estágios decorreram no CHS nomeadamente na UAVC do SEM e na UCIP.

O CHS, criado a 31 de dezembro de 2005 com a fusão entre o Hospital de São Bernardo (HSB) e o Hospital Ortopédico do Outão (HOSO) possui como missão a:

“(...) promoção da saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades dos hospitais que o compõem, prestando cuidados de saúde especializados, com respeito pela dignidade dos doentes, e estimulando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa.” (Centro Hospitalar de Setúbal, 2015a, p. 1).

Neste momento abrange aproximadamente 350 mil habitantes dispondo de um elevado leque de valências.

De acordo com o Regulamento Interno o CHS (2015) tem como objetivos:

- “a) Prestação de cuidados de saúde humanizados, de qualidade e em tempo oportuno;
- b) Aumento da eficácia e eficiência, num quadro de equilíbrio económico e financeiro sustentável;
- c) Desenvolvimento de áreas de diferenciação e de referência na prestação de cuidados de saúde, reabilitação, convalescença e paliativos;
- d) Implementação de programas de prestação de cuidados de saúde em ambulatório e ao domicílio, para minimizar o impacto da hospitalização;
- e) Promoção da investigação e da formação profissional.”

(Centro Hospitalar de Setúbal, 2015a)

Apesar do maior número de semanas de estágio ter decorrido na UAVC considerámos importante a realização de um estágio na UCIP, pois promoveu o desenvolvimento de uma maior panóplia de conhecimentos numa unidade altamente específica e diferenciada.

1.1. UNIDADE DE ACIDENTES VASCULARES CEREBRAIS DO CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL

A UAVC a que faremos referência ao longo deste trabalho refere-se à UAVC do SEM do CHS, local onde decorreu o estágio.

Segundo as recomendações clínicas do alto comissariado da saúde, uma Unidade AVC pode ser entendida como uma área hospitalar que se ocupa exclusivamente ou quase exclusivamente de doentes com AVC.

Existem três tipos de UAVC por ordem decrescente de ordem técnica: unidades de AVC centrais (tipo A); Unidades de AVC regionais (tipo B) e Unidades Básicas de AVC (tipo C).

As Unidades tipo A são as unidades mais diferenciadas dispondo de todas as valências necessárias, incluindo Neurologista ou Internista em presença física permanente, capacidade de monitorização de parâmetros vitais, rampas de oxigénio e aspiração, apoio permanente de Neurocirurgia, Neurorradiologia diagnóstica e de intervenção e Cirurgia Vascular, Fisiatria, fisioterapeutas, terapeutas da fala, assistente social e secretariado.

As Unidades de tipo B carecem de algumas das valências das Unidades centrais, devendo estar articuladas com Unidades de nível superior em proximidade geográfica de modo a suprir as limitações existentes. Os requisitos mínimos para uma unidade deste nível incluem presença médica de 24 horas (neurologista ou internista) com treino em AVC, serviço de urgência na instituição e disponibilidade de exames de imagem na instituição (Tomografia axial computadorizada (TAC) ou Ressonância magnética (RMN)) 24 horas e com relatório acessível pelo menos por telemedicina. Apenas as Unidades de tipo A e B estão aptas a realizar terapêutica fibrinolítica intravenosa.

A UAVC do CHS foi criada no ano de 2007, coincidindo com a implementação da via verde AVC no CHS, pertence ao Serviço de Neurologia, encontrando-se integrada no Serviço de Especialidades Médicas, partilhando o espaço físico com os serviços de Nefrologia e Oncologia Médica. Trata-se de uma unidade tipo B em “*open space*” com quatro camas monitorizadas. A UAVC tem com missão prestar assistência na fase aguda a todos os doentes com diagnóstico de AVC, de acordo com os critérios de admissão vigentes. Assim os objetivos da UAVC são: Iniciar

precocemente o tratamento e a neuro-reabilitação; prevenir o agravamento do AVC; identificar fatores de risco; implementar medidas preventivas do AVC recorrente; prevenir complicações; tratar situações comórbidas; desenvolver um plano de alta e de “*follow-up*” adequados. A UAVC do CHS encontra-se na zona central da enfermaria do SEM, que congrega o internamento dos serviços de Neurologia, Nefrologia e Oncologia Médica, situada no piso 3 do edifício novo do HSB.

A unidade AVC é constituída por uma equipa multidisciplinar composta por vários especialistas, permitindo assim uma abordagem completa com resultados evidentes.

A **equipa médica fixa** é composta atualmente por um médico Assistente Hospitalar de Neurologia, acumulando a função de Coordenador da Unidade, assegurando a atividade assistencial no horário de expediente. Fora deste período e nos fins de semana a assistência é assegurada pelo neurologista de urgência em regime de presença física durante 24 horas.

A Unidade de AVC recebe regularmente internos do Internato de Neurologia, Medicina Interna e Medicina Geral e Familiar em regime de estágio.

A **UAVC tem uma equipa de enfermagem fixa**, integrada no SEM. Atualmente existem 14 enfermeiros com formação na abordagem do doente vascular agudo e que lhes permite trabalhar diariamente na unidade.

Existem dois enfermeiros com a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação e três enfermeiras com a especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica, sendo que uma delas assume funções de coordenação.

A enfermeira coordenadora e responsável pela organização do material e farmácia, colaboração na realização do relatório mensal de atividades, elaboração do plano de formação em colaboração com o coordenador médico e enfermeira responsável pela formação em serviço, organização de reuniões mensais da UAVC.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação assume um papel fundamental na precoce neuro-reabilitação dos utentes desta unidade pela prestação de cuidados específicos da sua área e intervenção junto da família na preparação para alta.

Em cada turno de 8 horas está presente um Assistente Operacional, cumprindo tarefas de apoio à atividade médica e de enfermagem.

No que concerne ao **percurso do doente**, este é admitido no Serviço de Urgência (SU) encaminhado pela via verde AVC extra-hospitalar ou após ativação intra-hospitalar na sala de triagem. Após a abordagem inicial é encaminhado para a sala de TAC, onde realiza TAC-CE sem contraste e angio TC cerebral e dos vasos supra-aórticos. Serão considerados prioritários os seguintes casos: AVC hemorrágico em doentes com idade inferior a 45 anos; AVC isquémico em doentes com idade inferior a 65 anos (Sociedade Portuguesa de Acidentes Vasculares Cerebrais (SPAVC), 2013).

Cumprindo critérios para fibrinólise e na ausência de contraindicações, é admitido na UAVC, onde é administrado o tratamento. Excecionalmente, na ausência de vagas, pode ser tratado no Serviço de urgência, até haver disponibilidade de vaga na unidade. São critérios de exclusão para a UAVC: Necessidade de ventilação invasiva; Doente em coma; Doentes cujo prognóstico vital imediato seja desfavorável; doentes com comorbilidades médicas ou cirúrgicas não controladas; Doentes com intercorrência infecciosa aguda no momento da proposta de transferência; Doentes com disfunção cognitiva previa grave conhecida. Estes critérios servem de orientação geral e deverão ser, sempre que possível, respeitados como regra. Encontrando-se cumpridos os critérios de admissão, a decisão de internamento na UAVC será tomada pelo(s) neurologista(s) assistente(s) com atividade programada na UAVC ou, na ausência deste(s), pelo neurologista de urgência.

Os doentes internados na UAVC são considerados como doentes em fase aguda não estabilizados. Esta condição implica uma vigilância de enfermagem e cobertura médica permanentes. Durante a sua permanência na UAVC o doente mantém-se sob monitorização permanente, sendo dada ênfase particular à mobilização e levante precoces assim que a condição o permita.

A duração média de internamento deve ser até 4 dias, podendo ultrapassar este período em caso de instabilidade clínica, necessidade de monitorização ou ausência de vaga.

A decisão de alta ou transferência do doente deverá ser tomada preferencialmente por um dos médicos assistentes.

O doente poderá ter alta diretamente para o domicílio em situações com evolução favorável, sendo portador de nota de alta. Em caso de estabilização clínica o doente será transferido para a enfermaria de Neurologia, que constitui o destino preferencial para continuidade de cuidados e investigação. Quando a patologia neurológica não constitua a patologia dominante ou em caso de agravamento, poderá ser transferido para outros Serviços que assegurem cuidados mais adequados, como o Serviço de Medicina, Unidade de Cuidados Intermédios ou Intensivos ou inclusivamente outros hospitais que disponibilizem especialidades inexistentes no HSB, como Neurocirurgia, Neurorradiologia de intervenção ou Cirurgia Vascular, por exemplo.

Em caso de transferência para outros serviços ou hospitais, deve ser avaliada a necessidade de acompanhamento por médico e/ou enfermeiro segundo a escala respetiva, devendo ser portador de nota de transferência médica e de enfermagem e dos exames realizados.

Em caso de óbito deve ser efetuada nota de óbito e proceder conforme o estipulado no “procedimento em caso de óbito hospitalar”.

Após a saída da UAVC deve ser assegurado o preenchimento da base de dados informática, onde deverão constar os diagnósticos, *National Institute of Health Stroke Scale* (NIHSS) e Escala de Rankin a saída e destino final.

Todos os registos médicos e de enfermagem se encontram informatizados no SClínico. É recomendado que alguns registos, nomeadamente, notas de entrada, diários clínicos, registos de enfermagem, terapêutica e exames complementares sejam impressos e arquivados no processo de forma a salvaguardar as frequentes falhas do sistema informático. Os parâmetros vitais são registados pelo enfermeiro de turno em folha de registo própria, arquivada diariamente no processo clínico.

1.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE DO CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL

A UCIP do CHS foi inaugurada em 1985 e posteriormente renovada em 2014. É uma unidade polivalente de nível II, recebe adultos de ambos os sexos e com variadas patologias do foro médico e cirúrgico, provenientes da Urgência Geral, do Bloco Operatório, de outros serviços do hospital ou de outros hospitais, sempre que se justifique maior vigilância ou necessidade de ventilação.

A UCI localiza-se no primeiro piso do CHS, é uma unidade aberta com capacidade de internamento de 7 doentes, onde cada cama é designada por unidade. A unidade 6 e 7 estão separadas por paredes e vidros e são destinadas a isolamentos onde é possível realizar hemodiálise. O resto das unidades reportam-se a uma sala ampla com 5 unidades, cada uma delas separadas por cortinas laváveis de correr.

A **zona de trabalho de enfermagem** situa-se no final do corredor de acesso à sala ampla, de frente para as unidades de isolamento (permitindo a supervisão das restantes unidades). Esta área encontra-se dividida em duas zonas, a zona de registos de enfermagem onde existem 3 computadores e um monitor que mostra os vários parâmetros hemodinâmicos das pessoas de todas as unidades permitindo assim uma vigilância permanente e a zona de preparação da medicação. É também na zona de trabalho de enfermagem que se encontram todos os registos inerentes aos doentes e outro material. Existe ainda, no serviço, um laboratório equipado com um aparelho de avaliação de gasometrias e um para avaliação de ionograma, com um aparelho para realização de eletrocardiografias. Na área central é onde se encontra o armazém de material e equipamento.

Os profissionais que trabalham neste contexto têm como prioridade a manutenção do estado fisiológico do doente utilizando para isso procedimentos complexos que implicam uma vigilância constante e uma resposta imediata.

A equipa da UCIP é constituída por uma equipa médica mista, onde existem elementos fixos e outros que são rotativos e não tem um vínculo exclusivo na instituição, uma equipa de enfermagem e uma equipa de assistentes operacionais.

A **equipa médica** é composta pela coordenadora de serviço, 5 anestesistas e um médico especialista em Medicina interna. Em casos específicos, a unidade é assegurada por todas as especialidades, sendo estas requeridas pelos médicos da unidade.

A **equipa de enfermagem** é formada por 30 enfermeiros, dos quais 3 são enfermeiros especialistas em Enfermagem de reabilitação e 10 enfermeiros especialistas em Enfermagem médico-cirúrgica. Encontrando-se organizados por 5 equipas com 6 elementos, em que o chefe de equipa detém a especialidade em enfermagem médico cirúrgica. Considerando o contexto de unidade de cuidados intensivos compete ao enfermeiro Especialista em Enfermagem médico cirúrgica: liderar os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica com necessidade de maior intervenção e resposta em tempo vital; prestar cuidados ao doente crítico internado na UCI tendo em conta a sua instabilidade e risco de falência orgânica; responder de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade; executar cuidados técnico de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e ou falência orgânica; liderar e integrar o processo de doação de órgãos; gerir protocolos terapêuticos complexos ao doente crítico; gerir diferencialmente a dor e o bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica; colaborar com outros elementos da equipa multidisciplinar e/ou serviços de apoio promovendo parcerias terapêuticas, respeitando a individualidade de cada doente; gerir a comunicação com o doente/família, estabelecendo uma relação terapêutica adequada à situação de alta complexidade vivenciada; maximizar a intervenção no acolhimento à família em processos críticos complexos; colaborar na elaboração de documentos orientadores relacionados com a prevenção e atuação em situações de emergência ou catástrofe; formar e treinar a equipa multidisciplinar na área de catástrofe, com base nos documentos orientadores em vigor na instituição; planear a resposta em situações de emergência/catástrofe, gerindo a prestação de cuidados ao doente internado na UCI; integrar e colaborar nos grupos de escolha de material necessário à assistência da pessoa em situação crítica; executar os registos no sistema de Informação SAPE (CHS, 2015)

O rácio é de 2 enfermeiros para 1 utente sendo o mínimo estabelecido de 4 elementos de enfermagem para assegurar o turno. Nas 24 horas existe sempre um 1 enfermeiro para a Emergência Médica Intra-Hospitalar (EMI), em conjunto com um médico, compõe a equipa de EMI. Esta equipa, atua após ter sido ativada por um profissional do hospital, caso tenha detetado um doente com elevado potencial de instabilidade, ou com instabilidade já presente, ou em caso de algum acidente ou emergência com um cliente ou outra pessoa numa área comum do hospital.

Em relação aos enfermeiros Especialistas em Reabilitação, assumem um papel de reforço da equipa nos turnos da manhã e da tarde, prestando cuidados de enfermagem na sua área de especialidade.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO

Neste capítulo propomo-nos descrever o enquadramento conceptual e teórico, que serviu de suporte para o presente relatório assim como para o PIS. Isto é, abordamos as temáticas que suportam conceptualmente o desenvolvimento de todo o percurso na implementação do PIS em contexto de prática clínica. Como refere Fortin (1999), o termo concetualizar refere-se a uma forma organizada de formular ideias, consiste num processo para as documentar em torno de um assunto concreto, que visa alcançar uma conceção clara e organizada do objeto em estudo.

Este capítulo encontra-se dividido em vários subcapítulos. Num primeiro subcapítulo abordaremos a temática central deste trabalho que se insere na área da segurança do doente e qualidade dos cuidados, isto é, o Erro de medicação e a *medicação look-alike e sound-alike* resultado de contributos conceptuais e de uma revisão sistemática de literatura que efetuamos com o objetivo de nos ajudar na tomada de decisão, com o conhecimento do estado da arte sobre a temática. Seguidamente faremos uma breve alusão ao referencial teórico de June Larrabee e aos seus conteúdos, com os quais identificamos a nossa prestação de cuidados e no qual se baseou o desenvolvimento deste trabalho.

2.1. SEGURANÇA DO DOENTE

A segurança do utente é um dos pilares da qualidade dos cuidados em saúde e responsabilidade dos vários envolvidos no processo de cuidados (Silva, 2014). Não existe qualidade em saúde se a segurança do doente não se assumir como uma preocupação fulcral durante a prestação de cuidados de saúde (Pereira, 2014).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (OE, 2010, p. 2) “a segurança dos clientes deve ser a preocupação, o objetivo e a obrigação prática de todos os enfermeiros, com vista à proteção dos direitos dos clientes a cuidados seguros bem como da sua dignidade”.

Face a esta problemática a Direção Geral de Saúde (DGS) (2015) define a segurança do doente como uma prioridade da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e considera-se fundamental a avaliação da cultura de segurança para direcionar intervenções de melhoria e monitorizar a evolução das mesmas nos hospitais (DGSa, 2015).

A segurança do doente apresenta-se como um imperativo ético e deontológico ao qual nenhum profissional de saúde se pode alhear (Pereira, 2014).

Segundo Leite (2006 citado por Oliveira , 2014, p.40) preconiza-se que:

“(...) o Enfermeiro Especialista seja cada vez mais um profissional reflexivo, capaz de mobilizar todo um manancial de informação científica, técnica, tecnológica e relacional, alicerçado nos saberes providos da experiência em situação.”

Pretende-se assim, ir ao encontro das competências do Enfermeiro Especialista, isto é, segundo a OE (2010), é da sua competência criar e manter um ambiente terapêutico e seguro, realizando uma gestão de risco ao nível institucional ou das unidades funcionais.

De acordo coma DGS (2011a, p.14), a segurança é definida como:

“(...) a redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento”.

A segurança do doente, enquanto característica essencial da qualidade dos cuidados de saúde, tem um papel relevante, tanto para os doentes e familiares que desejam sentir-se seguros e confiantes, como para os profissionais que querem prestar cuidados seguros e eficientes (Esteves , Soares , Fernandes , Rodrigues, & Cruz , 2016).

Segundo o Ministério da Saúde (MS) (2015), o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020 surge no âmbito de uma política pública para a diminuição de incidentes de segurança associados à prestação de cuidados no Serviço Nacional de Saúde (SNS), tendo como base a recomendação do conselho da União Europeia de 9 de junho de 2009 sobre segurança dos doentes.

O PNSD 2015-2020, visa atingir os seguintes objetivos estratégicos:

- “1. Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno.
2. Aumentar a segurança da comunicação.
3. Aumentar a segurança cirúrgica.
4. Aumentar a segurança na utilização da medicação.
5. Assegurar a identificação inequívoca dos doentes.
6. Prevenir a ocorrência de quedas.

7. Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão.
8. Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes.
9. Prevenir e controlar as infecções e as resistências aos antimicrobianos.”

A DGS apresenta a estrutura concetual da classificação internacional sobre segurança do doente para fornecer uma perceção global no que diz respeito à segurança do doente. Os objetivos da estrutura concetual são a aprendizagem e a melhoria contínua, através da “identificação do risco, prevenção, deteção, redução, recuperação do incidente e resiliência do sistema” (DGS, 2011, p. 16). Existem dez classes que compõem a estrutura concetual da classificação internacional sobre segurança do doente, que a DGS (2011, p. 6) enumera:

- Tipo de Incidente;
- Consequência para o Doente;
- Características do Doente;
- Características do Incidente;
- Fatores Contribuintes /Perigos;
- Consequências Organizacionais;
- Deteção;
- Fatores Atenuantes do Dano;
- Ações de Melhoria;
- Ações para Reduzir o Risco.

Atualmente, a segurança do doente está relacionada com a qualidade, ou seja, a garantia de cuidados de saúde com qualidade só é possível pela procura de um nível elevado de segurança do doente. A avaliação da segurança do doente é realizada através da avaliação de procedimentos de segurança, por indicadores de estrutura, com base na verificação de *check-list* de cultura e procedimentos; e avaliação de eventos adversos, por indicadores de resultados (ERS, 2017).

2.2. ERROS DE MEDICAÇÃO

Errar é humano, logo não existem sistemas livres de erros

Reason J. Human error. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

A possibilidade de ocorrência de erro, está inerente à condição humana, mas quando analisada num contexto de cuidados de saúde, torna-se mais preocupante, porque inevitavelmente lhe está associado um elevado grau de imprevisibilidade do seu impacto na saúde do doente. Verificamos que as questões relacionadas com o erro estiveram sempre ligadas a pensamentos negativos, numa perspetiva de culpabilização individual (Pereira, 2014).

Segundo Mira & Martins (2018, p. 113) o erro de medicação “é um evento prevenível que pode resultar do uso inadequado de medicamentos ou causar danos ao doente colocando em causa a sua segurança.” A Agência Europeia do Medicamento acrescenta que o erro de medicação é uma falha não intencional no processo de tratamento farmacológico que leva a, ou tem potencial para produzir dano ao doente (Simón, 2018).

Segundo Rosa , Neiva, Martins , & Anacleto (2010) o erro pode estar relacionado com a prática profissional, produtos usados na área da saúde, procedimentos, problemas de comunicação, tais como prescrição, rótulos, embalagens, nomes, preparação, dispensação, distribuição, administração, educação e monitorização e uso dos medicamentos.

De acordo com os autores Fragata et al. (2006 citado por Pereira, 2014) o erro quando ocorre contexto de saúde, transforma-se num problema preocupante, pelas consequências graves que podem resultar dele. Contudo como refere Simón (2018) todos os erros de medicação são potencialmente evitáveis pelo que é imprescindível a implementação de medidas de prevenção.

Atualmente os eventos adversos associados ao uso de medicamentos em contexto hospitalar constituem um grave problema de saúde pública. Isto é, os erros de medicação e as suas consequências assumem-se como uma problemática com grande relevo para a promoção da segurança do doente (Terra, Correia , & Silva , 2015).

Segundo a DGS (2015) a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que entre 8% e 10% dos doentes internados em cuidados intensivos e cerca de 13% dos doentes em ambulatório, são vítimas de incidentes, devido a práticas pouco seguras na utilização da medicação, gerando encargos financeiros avultados para os sistemas de saúde, bem como as repercussões e custos para o próprio doente (MS, 2015).

De acordo, com os dados do sistema nacional de notificação de incidentes e de eventos adversos, em Portugal, no ano de 2016, foram reportadas 2627 notificações por parte dos profissionais de saúde. Destes eventos, 11% estavam relacionados com a medicação, o terceiro evento mais notificado (DGS, 2019; DGS, 2016).

Segundo os autores Rosa , Neiva, Martins , & Anacleto (2010), o erro de medicação poderá ocorrer ao longo de todo o circuito da medicação, desde a **prescrição**, transcrição, interpretação, **dispensa** ou **administração**.

O **erro de prescrição** é definido como um erro de decisão ou de redação não intencional que pode reduzir a probabilidade de o tratamento ser efetivo ou aumentar o risco de lesão no doente (Rosa , Neiva, Martins , & Anacleto, 2010). Estes tipos de erros podem incluir: medicamento não recomendado para a indicação clínica, ou inadequado para o doente; história prévia de reação alérgica ou efeito adverso com o medicamento; dose ou frequência de administração excessiva, dose elevada em medicamentos com estreita margem de segurança, dose ou duração de tratamentos diferentes das recomendadas; ausência de indicação de dose ou da forma farmacêutica na presença de várias alternativas; prescrição ou erro de escrita ou prescrição manuscrita ilegível (Simón, 2018).

O **erro de dispensação** refere-se a discrepância entre a ordem escrita na prescrição médica e o atendimento dessa ordem. Isto é, o erro de dispensação pode ser definido como o desvio de uma prescrição médica escrita ou oral (Rosa , Neiva, Martins , & Anacleto, 2010). Assim, incluem os erros produzidos, quando a medicação dispensada não corresponde à prescrita. Verifica-se que alguns erros são relacionados com cálculos e com a preparação dos medicamentos. No entanto são poucos os trabalhos que quantificam este tipo de erros, que em parte acontece devido à falta de participação dos profissionais de saúde (Simón, 2018).

Os **erros de administração**, consistem em qualquer desvio na preparação e administração de medicamentos mediante prescrição médica, verificando-se ausência do seguimento das recomendações ou guias do hospital ou das instruções técnicas do fabricante do produto (Rosa , Neiva, Martins , & Anacleto, 2010).

Em 1998 o *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention*

publicou uma taxonomia de erros de medicação, classificando-os em diferentes tipos e subtipos. Em 2001 a mesma instituição publica uma atualização da taxonomia dos erros de medicação, na qual identifica nove categorias de tipos de erros de medicação em função da gravidade, considerando se houve ou não danos ao doente, qual a duração e a extensão deste dano e se foi necessária alguma intervenção (Rosa , Neiva, Martins , & Anacleto, 2010).

Em 2002 um grupo de farmacêuticos hospitalares espanhóis, com a permissão da *United States Pharmacopeia* e sob coordenação do *Institute for Safe Medication Practices (ISMP)* da Espanha, elaborou uma adaptação dessa classificação. Identificando 17 categorias de tipos de erros de medicação que seguidamente apresentamos:

1. Medicamento errado;
2. Omissão de dose ou do medicamento;
3. Dose errada;
4. Frequência de administração errada;
5. Forma farmacêutica errada;
6. Erro de preparação, manipulação e/ou acondicionamento;
7. Técnica de administração errada;
8. Via de administração errada;
9. Velocidade de administração errada;
10. Horário errado de administração;
11. Paciente errado;
12. Duração do tratamento errado;
13. Monitorização insuficiente do tratamento;
14. Medicamento deteriorado;
15. Falta de adesão do paciente;
16. Outros tipos;
17. Não se aplica.

(Rosa , Neiva, Martins , & Anacleto, 2010)

No que se refere às causas dos erros de medicação constatamos que estas são multifatoriais, verificando-se que muitos deles envolvem circunstâncias similares. Segundo os autores Rosa ,

Neiva, Martins , & Anacleto (2010) o erro pode estar relacionado com a prática profissional, produtos usados na área da saúde, procedimentos, problemas de comunicação, tais como prescrição, rótulos, embalagens, nomes, preparação, dispensação, distribuição, administração, educação e monitorização e uso dos medicamentos. De entre, as principais causas destacam-se : falta de conhecimento sobre os medicamentos, falta de informação sobre os doentes, violação de regras, deslizes e lapsos de memória, erros de transcrição, falhas na interação com outros serviços, falhas na confirmação das doses, problemas relacionados com as bombas e dispositivos de infusão de medicamentos, inadequada monitorização do doente, problemas no armazenamento e dispensação, erros de preparação e falta de padronização dos medicamentos.

O *ISMP* (1999 citado por Rosa , Neiva, Martins , & Anacleto, 2010) identificou 10 elementos chave com grande influência no sistema de utilização de medicamentos. Verificando-se que as causas podem estar relacionadas aos pontos fracos e às falhas nestes 10 elementos: (1) informação relacionada ao doente; (2) informação relacionada ao medicamento; (3) comunicação relacionada aos medicamentos; (4) rotulagem, embalagem e nome dos medicamentos; (5) dispensação, armazenamento e padronização dos medicamentos ; (6) aquisição, uso e monitoramento de dispositivos para administração dos medicamentos ; (7) fatores ambientais; (8) educação e competência dos profissionais; (9) educação do paciente; (10) gerenciamento de risco e processos de qualidade.

Os autores Härkänen, Turunem, Saano, & Vehviläinen-Julkunen (2015) destacam a importância do trabalho de enfermagem na preparação e administração da medicação, representando a última verificação de segurança na cadeia de eventos na gestão de medicamentos. Dado o seu papel principal na administração de fármacos, também detêm uma responsabilidade acrescida na prevenção dos erros de medicação (Pournamdar & Zare, 2016).

2.3. MEDICAÇÃO LASA

Em 1998 nasce nos Estados Unidos da América pelo *ISMP* o conceito de medicamentos de alerta máximo ou alto risco, tais medicamentos foram denominados de *High- Alert Medications*. Posteriormente foram definidos em português como Medicamentos potencialmente perigosos.

De acordo com a DGS (2015, p. 5) “os medicamentos de alerta máximo ou alto risco são aqueles que possuem risco aumentado de provocar dano significativo ao doente em consequência

de falhas no seu processo de utilização”. Apesar destes medicamentos de alerta máximo apresentarem um risco acrescido de causar danos graves ao doente, não quer dizer que os erros com estes medicamentos sejam mais frequentes, significa que se estes ocorrerem as consequências são mais graves para os doentes, isto é, podem ser lesões permanentes ou fatais. Devido a esta característica em particular os medicamentos potencialmente perigosos carecem de uma atenção especial durante o planeamento de medidas de prevenção e redução do erro de medicamento (DGSc, 2015).

Os medicamentos de alerta máxima incluem os medicamentos *look-alike, sound-alike* (LASA), isto é, medicamentos que apresentam nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante que podem ser confundidos, resultando em trocas entre si (Mira & Martins, 2018).

Segundo a DGS (2015, p.3) os medicamentos LASA, são:

“(…) medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante que podem ser confundidos uns com os outros, originando troca de medicamentos. Os medicamentos com aspeto ou ortografia semelhante são designados de medicamentos look-alike enquanto que os medicamentos com nome foneticamente semelhante, são denominados de medicamentos sound alike. “

A existência de dezenas de milhares de medicamentos atualmente no mercado vem aumentar o potencial de erro em razão da possibilidade de confusão de nomes, tanto em nomes comerciais coma denominação comum internacional, sendo uma das causas de erro de medicação em nível mundial. Com a introdução dos medicamentos genéricos o risco aumentou, uma vez que existe maior número de medicamentos com embalagens semelhantes (Sousa & Mendes, 2014).

A utilização segura do medicamento requer a adoção de medidas estruturais e processuais de prevenção, que exigem mudanças organizacionais e comportamentais, quer dos profissionais envolvidos e da população em geral, quer das instituições, direta ou indiretamente, envolvidas (DGS, 2019). Cabe às instituições hospitalares, através dos enfermeiros, implementar práticas seguras no que respeita aos medicamentos LASA (DGSb, 2015).

As organizações de saúde devem promover atividade na área de identificação e avaliação do risco associado à utilização de medicamentos LASA (Sousa & Mendes, 2014).

A OMS (2007, citado por Sousa & Mendes, 2014) propõe algumas medidas de segurança que

deverão ser adotadas das quais se destacam: garantir a legibilidade da prescrição e incluir a denominação genérica, dose, concentração, orientações para a administração e a indicação para a utilização do medicamento, como forma de facilitar a diferenciação de nomes com sons ou grafismo semelhante; rever anualmente, os medicamentos LASA em uso na organização; proceder à separação de medicamentos LASA em todas as áreas de armazenamento; desenvolver estratégias que evitem a confusão do nome do medicamento, tais como o uso de métodos “*tallman*”, destacando em maiúsculas as sílabas diferentes de medicamentos com nome semelhante; utilizar técnicas de destaque do nome do medicamento ou cores diferentes que reduzam a possibilidade de confusão dos nomes dos medicamentos LASA; integrar na formação contínua dos profissionais, o tema dos medicamentos LASA (Sousa & Mendes, 2014).

Nos últimos anos tem-se verificado a implementação de várias medidas em Portugal, com a finalidade de reduzir os erros associados à medicação. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, através do objetivo estratégico n.º 4 “aumentar a segurança na utilização da medicação”, destaca que no final de 2020: 1) 90% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementou práticas seguras de medicação de acordo com os normativos nacionais; 2) Deve ocorrer uma redução de 50% em cada ano, face ao ano anterior, do número de ocorrências relacionadas com erro de medicação nas instituições do Serviço Nacional de Saúde ou com ele convencionado (DGS, 2019).

A DGS através da Norma n.º 020/2014 de 30/12/2014 emitiu um conjunto de recomendações que as instituições prestadoras de cuidados de saúde, através das direções clínicas, das comissões de qualidade e segurança, dos médicos dos enfermeiros, dos farmacêuticos, dos farmacêuticos, dos técnicos de farmácia e dos assistentes operacionais, deverão adotar de forma a assegurar práticas seguras no que respeita aos medicamentos LASA, das quais destacamos:

- a) Elaborar e divulgar, internamente, a lista de medicamentos LASA, ajustada aos que são utilizados na instituição, no anexo I e possível consultar a lista de medicamentos LASA, elaborada pela DGS;
- b) Rever a lista interna de medicamentos LASA, pelo menos anualmente;
- c) Garantir que os profissionais conhecem a lista de medicamentos LASA da instituição, o seu propósito e a importância para a redução de incidentes relacionados com a medicação;

- d) Considerar alternativas na aquisição de medicamentos que evite, sempre que possível, adicionar medicamentos LASA à lista interna da instituição;
- e) Proceder à parametrização de alertas, para os medicamentos LASA, nas aplicações informáticas;
- f) Desenvolver estratégias ao nível do armazenamento dos medicamentos LASA, na farmácia e nos restantes serviços/unidades da instituição, inclusive nos equipamentos semiautomatizados, que garantam a sua separação física e a sua correta identificação, designadamente através de:
 - a. Armazenamento separado;
 - b. Sinalização com utilização de cores, negrito ou grafismo diferente.
- g) Desenvolver estratégias e implementar medidas de diferenciação dos medicamentos LASA na sua identificação escrita, incluindo a rotulagem, através de:
 - a. Alteração do grafismo na denominação aplicando o método de inserção de letras maiúsculas;
 - b. Utilização de cores, negrito ou outros.
- h) Desenvolver estratégias e implementar medidas ao nível da prescrição dos medicamentos LASA, designadamente:
 - a. quando ocorrer indicação ou pedido oral;
 - b. nos casos de caligrafia ilegível, sempre que a prescrição eletrónica não for possível.
- i) Reforçar, para os medicamentos LASA, a aplicação de práticas seguras de verificação:
 - a. Identificação correta do doente, do nome do medicamento, da dose, da via de administração e da sua hora (5 certos).
- j) Promover formação sobre segurança na medicação, incluindo-se os medicamentos LASA

pela Norma n.º 020/2014 de 30/12/2014 atualizada a 14/12/2015 (DGSb, 2015)

Em suma, e como referem os autores Rosa, Neiva, Martins, & Anacleto (2010) é um grande desafio prevenir erros de medicação, uma vez que é um assunto que poucos gostam de lidar ou falar e o tipo de abordagem é de forma geral, direcionado para a punição de indivíduos e não com a finalidade de resolver o problema.

Consideramos ainda que cabe aos profissionais de saúde mudar este paradigma, uma vez que, não se pode conviver com taxas inaceitavelmente altas de erros relacionados com a medicação.

Assim, com este trabalho pretendemos contribuir para a prevenção dos erros associados à medicação, especificamente relacionada com a medicação *look-alike sound-alike*, promovendo a qualidade dos cuidados de enfermagem na área da segurança do doente.

2.4. MODELO PARA A MUDANÇA DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA - JUNE LARRABEE

A prática de enfermagem traduz um quadro de referências de exercício profissional e ao mesmo tempo engloba a expressão do conhecimento através do referencial teórico utilizado e a visão deontológica. A sua junção é inseparável e origina a expressão visível e pessoal (forma como se desempenha): a praxis (Vale, 2009).

Torna-se fundamental entender a forma como o conhecimento em Enfermagem se desenvolve, proporcionando um contexto adequado para julgar a propriedade do conhecimento e dos métodos que os Enfermeiros recorrem para desenvolver o conhecimento (Streubert-Speziale & Carpenter, 2003 citado por McEwen & Wills, 2009).

Os modelos conceptuais, são exemplo disso mesmo, segundo Meleis (2012) os modelos conceptuais são um conjunto de conceitos que explicam de maneira geral o fenómeno dos cuidados e orientam as práticas clínicas e servem de guia para a formação, investigação e gestão dos cuidados de enfermagem. Ou seja, os modelos conceptuais são diferentes formas de pensar a enfermagem e abordam amplos conceitos metaparadigmáticos fundamentais para o seu significado (Tomey & Alligood, 2004).

O modelo para a mudança da prática baseada em evidência (PBE), utilizado como base teórica deste trabalho, descrito pela teórica June Larrabee consiste na utilização simultânea da “experiência clínica” e da “melhor evidência clínica externa advinda da pesquisa sistemática” para guiar a tomada de decisão clínica (Larrabee, 2011).

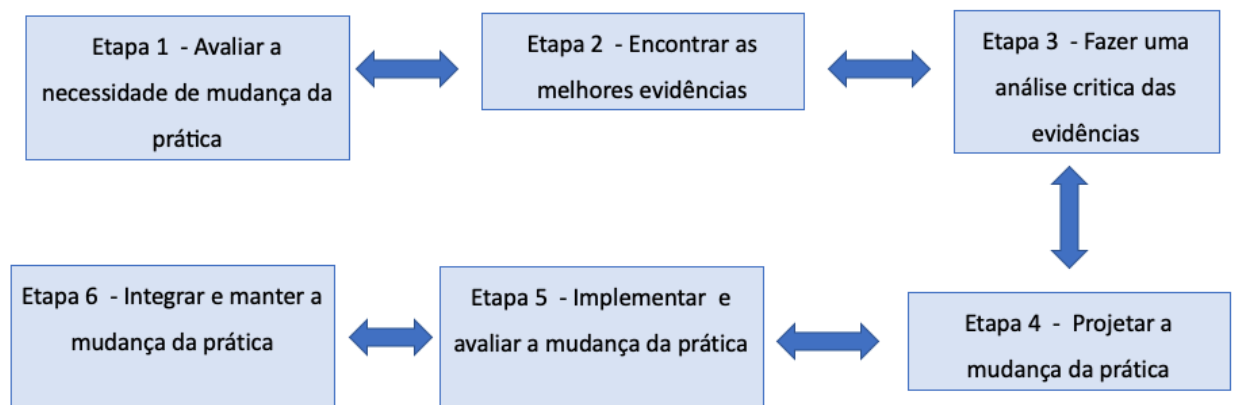
A PBE é o elo entre a boa pesquisa científica e a prática clínica, utiliza provas científicas existentes e disponíveis no momento, que detêm validade para a aplicação dos seus resultados na prática clínica. Garantindo que os cuidados de saúde sejam fundamentados em evidência científica

válida e relevante, ao mesmo tempo estimula ainda ideias para futuras investigações (Sackett , Rosenberg, Gray, Haynes, & Richardson, 1996).

Ou seja, este modelo teórico deve basear-se na combinação entre a identificação de necessidades e/ou análise de dados, a pesquisa clinicamente relevante e experiência clínica (Larrabee, 2011).

Segundo Larrabee (2011) o modelo da PBE é composto por 6 etapas, que apesar de serem progressivas, não significa que o modelo seja estritamente linear (figura 1), isto é, as atividades que compõe cada etapa podem gerar atividades de outra etapa (Larrabee, 2011).

Figura 1 - Etapas do Modelo para a Prática Baseada em Evidência



(Fonte: Adaptado de Larrabee, 2011)

No que concerne à **etapa 1 - avaliar a necessidade de mudança da prática**, as principais atividades consistem em identificar e incluir as “partes interessadas” do problema da prática; colher dados internos sobre a prática corrente; comparar dados externos com dados internos para confirmação da necessidade de mudança da prática; identificar o problema e fazer uma ligação entre o problema, as intervenções e os resultados (Larrabee, 2011).

Na **etapa 2 – encontrar as melhores evidências**, as principais atividades referem-se a identificar tipos e fontes de evidências, rever os conceitos de pesquisa, planejar a pesquisa e a revisão e realizar a pesquisa. Incluem-se instrumentos para avaliação crítica de estudos qualitativos e quantitativos, *guidelines* de prática clínica e revisões sistemáticas (Larrabee, 2011).

As principais atividades da **etapa 3 - fazer uma análise crítica das evidências** consistem em: fazer uma avaliação crítica e pesar as evidências; sintetizar as melhores evidências e avaliar a viabilidade, os benefícios e os riscos da nova prática. Incluem-se exemplos de instrumentos de análise crítica de estudos quantitativos e qualitativos e revisões sistemáticas (Larrabee, 2011).

As principais atividades da **etapa 4 – projetar a mudança da prática**, incluem definir a mudança proposta, identificar os recursos necessários, planejar a avaliação e a implementação do plano. As estratégias de mudança descritas incluem a utilização de líderes de mudança, líderes de opinião, sessões educativas, materiais educativos, sistemas de auditoria e feedback (Larrabee, 2011).

Na **etapa 5 - implementar e avaliara mudança da prática**, as principais atividades incluem implementar o plano definido, avaliar processos, resultados e custos e desenvolver conclusões e recomendações (Larrabee, 2011).

Relativamente à **etapa 6 – integrar e manter a mudança da prática**, as principais atividades incluem comunicar a mudança recomendada “às partes interessadas”. Integrar a nova prática aos padrões da prática, monitorizar periodicamente o processo e os resultados e por fim disseminar os resultados do projeto (Larrabee, 2011).

Como podemos constatar as revisões sistemáticas da literatura desempenham uma função essencial neste modelo teórico. Com a finalidade de identificar as estratégias de enfermagem que previnem o erro de medicação associado aos medicamentos LASA, isto é, sintetizar o conhecimento produzido e separar os estudos pertinentes, daqueles irrelevantes, foi proposta a elaboração de um artigo científico, tendo em conta os princípios de uma revisão sistemática da literatura (RSL). Torna-se assim importante compreender este conceito.

Segundo Donato & Donato (2019) a RSL é um artigo de investigação com métodos sistemáticos pré-definidos para identificar sistematicamente todos os documentos relevantes publicados e não publicados para uma questão de investigação, avalia a qualidade desses artigos, extrai os dados e sintetiza os resultados. Caracteriza-se deste modo por ser metodologicamente abrangente, transparente e replicável.

De acordo com Larrabee (2011) uma RSL é uma análise crítica, feita com a utilização de uma metodologia rigorosa, de pesquisas originais identificadas por uma busca abrangente da literatura. Apresentando conclusões sobre as melhores evidências atuais sobre um tópico. O número crescente de revisões sistemáticas disponíveis, apresenta inúmeras vantagens ao nível da enfermagem, uma vez que, fornecem informações sobre as melhores evidências e a possibilita a sua generalização ou aplicabilidade em diversos ambientes de trabalho.

Verifica-se assim que o Modelo da mudança para a PBE reflete a metodologia aplicada nas revisões sistemáticas, é inegável a analogia entre as etapas definidas neste modelo teórico e as etapas definidas para esta metodologia de investigação. Tendo em conta o acima exposto, resolvemos adotar este modelo teórico como linha orientadora do PIS.

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

O PIS, desenvolvido respondeu a uma problemática na área da segurança do doente, ao mesmo tempo possibilitou dar resposta ao desenvolvimento de várias competências, quer comuns quer específicas, do enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente Pessoa em Situação Crítica e competências de Mestre em Enfermagem, adquiridas e desenvolvidas no âmbito da unidade curricular estágio, baseada numa atitude reflexiva sobre as práticas, assente na evidência científica, com níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, na procura permanente da excelência no exercício profissional.

A linha de investigação validada para este projeto assenta na segurança do doente, tendo como referência o Plano Nacional para a Segurança dos doentes 2015-2020 e a Norma da DGS n.º 020/2014 de 30/12/2014 atualizada a 14/12/2015 - Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes.

A escolha da temática, surge após se verificar que apesar do CHS possuir um plano estratégico ao nível da segurança do doente, não existe ao nível do SEM, nomeadamente na UAVC, onde decorre este estágio, nenhum projeto quanto à implementação de práticas seguras no que respeita aos medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhantes, designados por medicamentos LASA, conforme recomendado pela Norma n.º 020/2014 de 30/12/2014 atualizada a 14/12/2015. Para além disso, a segurança do doente, nomeadamente o erro de medicação associados aos medicamentos LASA uma das áreas pela qual detemos particular interesse, considerá-mos pertinente estudar o seguinte tema: “Segurança do doente e medicação LASA. Um projeto de melhoria da qualidade dos Cuidados de Enfermagem” onde procurámos implementar estratégias com o objetivo de prevenir os erros associados aos medicamentos LASA.

Por forma a articular a identificação e a resolução da necessidade anteriormente referida, optámos por seguir a metodologia de projeto, que tem como premissa a resolução de uma situação real com base no conhecimento teórico para uma aplicação prática posterior (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

Após validação do tema junto da enfermeira chefe e enfermeira orientadora surge a questão: **Quais as estratégias de enfermagem para prevenir os erros de medicação *look-alike sound-alike*?**

Apresentamos neste capítulo o PIS, incidindo na sua metodologia e clarificando cada uma das etapas. Para o desenvolvimento do PIS, optámos por seguir a metodologia de projeto, tendo por bases a identificação de uma necessidade no contexto onde decorreu o estágio e a implementação de estratégias e intervenções para colmatar essa necessidade.

Segundo, Ruivo, Ferrito, & Nunes (2010, p. 2) a metodologia do projeto é:

“(...) uma investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua solução (...) através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização do(s) projeto(s) numa situação real.”

O principal objetivo da metodologia do projeto é a resolução de problemas, e através dela adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

Ao longo deste subcapítulo irão ser descritas as etapas necessárias para a implementação do PIS, segundo as cinco etapas da metodologia do projeto desde o diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução, avaliação e divulgação dos resultados (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

3.1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Na primeira etapa da metodologia do projeto, designada por diagnóstico de situação, identificam-se problemas, através do uso e otimização da utilização de instrumentos de colheita de dados e da análise de informação daí obtida, com o objetivo de elaborar um mapa cognitivo sobre a situação -problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar. A escolha do instrumento de avaliação depende do contexto em si, da população, entre outros (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

Esta é uma etapa dinâmica, na qual a caracterização da situação é contínua, permanente e com atualizações constantes. Após o diagnóstico de situação é importante definir prioridades, de forma a escolher as necessidades a abordar na intervenção, a concordância entre o diagnóstico e as necessidades determinam a pertinência do projeto (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

O diagnóstico de situação marca assim o início do Projeto de intervenção em serviço, realizado no decorrer do estágio que se realizou entre 17 de setembro e 20 de dezembro de 2019 na UAVC do Serviço de Especialidades médicas. Esta etapa distinguiu-se por ser um processo contínuo, que possibilitou uma caracterização permanente da situação, assim como atualizações constantes (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

Partindo de uma área de interesse pessoal, durante a realização do estágio na UAVC do SEM constatamos que este serviço assim como a instituição, não possui medidas específicas relativas a prevenção do erro de medicação associados aos medicamentos LASA.

Como já mencionámos anteriormente a escolha do tema surge após se verificar que SEM, nomeadamente na UAVC, onde decorre este estágio, não existe nenhum projeto relativo à implementação de práticas seguras no que respeita aos medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhantes, designados por medicamentos LASA, conforme recomendado pela Norma n.º 020/2014 de 30/12/2014 atualizada a 14/12/2015. Assim, pretendemos com o PIS que a melhoria da qualidade dos cuidados através da adoção e implementação de estratégias que visam prevenir o erro de medicação seja um objetivo real.

De entre os vários instrumentos de diagnóstico para elaborar o diagnóstico de situação na prática clínica, os autores Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010) destacam: a entrevista, o questionário, bem como métodos de análise da situação, nomeadamente a análise SWOT (a mais comum), Cadeia de Valores, FMEA e *Stream Analysis* (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

Neste caso em particular com a finalidade de identificar e validar a problemática identificada optámos pela realização de entrevistas exploratórias à Enfermeira Chefe do SEM, Enfermeira Orientadora e restantes elementos da equipa de enfermagem, que permitiram identificar e reforçar a necessidade da implementação do projeto de intervenção nessa temática no serviço para a otimização dos cuidados prestados. A escolha sobre este instrumento de diagnóstico possibilitou

formular as questões de forma livre, não seguindo nenhum questionário ou guião predefinido (Vilelas, 2009).

Para melhor fundamentar a necessidade deste projeto foi efetuada uma análise *Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats* (SWOT). A análise SWOT consiste: na definição de objetivos, apresentação da relação entre as forças e fraquezas com as oportunidades e ameaças de um projeto, permitindo a escolha de uma estratégia apropriada face aos condicionalismos colocados pelo ambiente (interno e externo) (Serra, Ferreira, Torres, & Torres, 2010).

É possível verificar pela utilização desta ferramenta, tabela 1, que a implementação do projeto poderá contribuir para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, assim como prevenir o número de erros de medicação associados aos medicamentos LASA.

Tabela 1 - Análise SWOT

Pontos fortes	Pontos fracos
<ul style="list-style-type: none"> • Equipa de enfermagem jovem, motivada e com interesse na aquisição de conhecimentos; • Reconhecimento da importância da temática pela Enfermeira orientadora e enfermeira chefe e respetivo apoio. • Necessidade da instituição, já identificada; • Incentivo à formação em serviço, potenciando desenvolvimento pessoal e profissional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desconhecimento por parte da equipa de enfermagem das normas sobre a Medicação LASA e de alerta máximo e sobre o plano nacional de segurança do doente; • Falta de formação da equipa de enfermagem sobre as normas da DGS referentes à medicação LASA; • Falta de disponibilidade dos elementos de enfermagem para a formação em serviço.
Oportunidades	Ameaças
<ul style="list-style-type: none"> • Ganhos em saúde associados a segurança do doente; 	<ul style="list-style-type: none"> • Inexistência de política institucional na área;

<ul style="list-style-type: none">• Importância da temática a nível nacional e internacional;• Implementação da norma da DGS.	<ul style="list-style-type: none">• Inexistência de projetos institucionais na área.
--	--

Também a revisão da literatura nesta área reforça a importância de se trabalhar nesta área. De salientar os dados relativos a esta problemática referidos anteriormente, bem como o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, através do objetivo estratégico n.º 4 “aumentar a segurança na utilização da medicação” (DGS, 2019); e a Norma da DGS n.º 020/2014 de 30/12/2014 com o seu conjunto de recomendações para as instituições prestadoras de cuidados de saúde, no sentido de reforçar a atenção e implementar medidas nesta área.

3.2. DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS

Após a realização do diagnóstico da situação, e com base nas necessidades e nas prioridades identificadas, foram traçados os objetivos da intervenção, que definem os resultados que se pretendem alcançar (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010). Segundo os autores Imperatori & Giraldes (1993) esta etapa, é essencial, pois apenas com uma correta e quantificada fixação de objetivos se pode realizar uma adequada avaliação dos resultados alcançados, entendendo-se como objetivo o enunciado de um resultado desejável e exequível traduzido em indicadores de resultado.

É importante que sejam definidos objetivos claros e mensuráveis e consoante os diferentes níveis em que se enquadram. O autor Mão de Ferro (1999 citado por Ruivo, Antunes, Lopes, Leal, & Deodato, 2010) define objetivos gerais como enunciados de intenções que descrevem resultados esperados enquanto que os objetivos específicos são indicadores de conhecimentos e aptidões que se devem adquirir ao longo do processo.

Assim, tendo em conta os problemas e necessidades anteriormente identificados foi definido como **objetivo geral** promover a qualidade dos cuidados de enfermagem na área da segurança do doente e da medicação LASA.

Definimos ainda como **objetivos Específicos** deste PIS:

- Realizar uma Revisão sistemática da literatura sobre os Medicamentos LASA;

- Elaborar uma proposta de método de armazenamento de medicamento (organização e sinalética);
- Realizar formação em Serviço na UAVC do SEM sobre as normas da DGS relativas aos medicamentos LASA;
- Implementar proposta de método de armazenamento de medicamento (organização e sinalética).
- Prevenir os erros de medicação associados aos medicamentos LASA na UAVC do SEM do CHS.

3.3. PLANEAMENTO E EXECUÇÃO

O planeamento corresponde à terceira fase da metodologia do projeto, nesta fase é elaborado um plano detalhado do projeto, isto é, são definidas as atividades a desenvolver e a calendarização das mesmas, definidos os métodos e técnicas de pesquisa, bem como das limitações do próprio trabalho (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

Ruivo, Ferrito, & Nunes (2010) destacam que o desenvolvimento do cronograma é uma constante ao longo do projeto, isto é, a calendarização das atividades pode ser um processo iterativo que determina as datas de início e de fim planeadas para as respetivas atividades a desenvolver durante o projeto.

Relativamente à escolha das atividades meios e estratégias a realizar, constatamos que a sua seleção e aplicação deverá ser sustentada nos objetivos inicialmente definidos para o projeto (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010). Importa ainda realizar uma avaliação do progresso do trabalho de forma a verificar que as estratégias utilizadas e atividades realizadas respetivamente na sua realização são adequadas, assim é possível definir novas estratégias para superar os aspetos negativos do projeto. Os meios definem os recursos necessários para a realização das atividades do projeto (Fortin, 1999, citado por Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

Segue-se a fase da execução, esta resulta da concretização de todos os aspetos e atividades planeadas na fase do planeamento. Trata-se de uma das fases mais importantes da metodologia do projeto, pois possibilita a concretização das ações definidas na fase o planeamento, ou seja,

verifica-se que esta fases se encontra interligada com o planeamento, pelo que optamos por abordar estas duas fases em conjunto (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

Inicialmente apresentámos uma proposta de projeto de Intervenção em serviço à enfermeira orientadora do estágio, enfermeira chefe do serviço e docente orientadora, que obteve apreciação positiva, de seguida cumprindo os trâmites definidos pela norma institucional do CHS relativa a realização de trabalhos de investigação, a 4 de dezembro de 2019 foi submetida a proposta ao Gabinete de Investigação e desenvolvimento que obteve parecer positivo pelo Conselho de Administração do CHS a 27 de dezembro de 2019 (Anexo II).

Tendo em conta o limite temporal estabelecido para o desenvolvimento do projeto de intervenção em serviço, isto é, o projeto foi planeado para um período de seis meses e meio, em que as fases de diagnostico, planeamento e execução tem uma duração de quatro meses, que corresponde ao período de estágio (17 de Setembro a 31 de Janeiro) e a fase de avaliação uma duração de dois meses, tempo conferido para a elaboração do relatório de estágio após o fim do estágio.

Durante a consecução desta etapa da metodologia do projeto, elaboramos um cronograma com a calendarização das atividades/estratégias anteriormente referidas (Apêndice I), de referir que durante o desenvolvimento do projeto foi necessário efetuar pequenas alterações relativamente aos intervalos de tempo que foram estabelecidos previamente.

Assim, de forma a alcançar os objetivos inicialmente delineados, foram estabelecidas e realizadas as seguintes estratégias/atividades e definidos indicadores de avaliação. De seguida apresentamos as atividades desenvolvidas para cada um dos objetivos definidos, serão objeto de avaliação no capítulo seguinte.

Com a finalidade de atingir o **primeiro objetivo específico - Realizar uma Revisão sistemática da literatura sobre os Medicamentos LASA**, foram executadas as seguintes atividades/estratégias:

- Recolha das normas existentes na instituição e pesquisa bibliográfica das recomendações nacionais e internacionais;

- Realização de revisão sistemática da literatura sobre o erro de medicação, risco terapêutico, nomeadamente sobre os medicamentos LASA.

Os indicadores de avaliação deste objetivo são a síntese da informação e a elaboração de um artigo científico, com a finalidade de ser publicado numa revista científica.

De forma a alcançar o **segundo objetivo traçado - Elaborar uma proposta de método de armazenamento de medicamento (organização e sinalética)** foram planeadas as seguintes atividades/estratégias:

- Identificar todos os medicamentos LASA de acordo com a "lista de medicamentos Confundíveis" e rotulá-los utilizando a metodologia "*tal man lettering*";
- Identificar os medicamentos de alerta máxima, identificando os mesmos através de sinalética definida para o efeito conforme a norma da DGS n.º 020/2014 de 30/12/2014 atualizada a 14/12/2015;

O indicador de avaliação deste objetivo consiste na elaboração de uma proposta de armazenamento do medicamento.

As atividades/estratégias planeadas para concretizar o **terceiro objetivo - Realizar uma formação em Serviço no SEM sobre as normas da DGS relativas aos medicamentos LASA**, foram as seguintes:

- Reuniões com os chefes de equipa para sensibilização sobre a temática;
- Elaboração do plano da sessão de formação e validação do mesmo junto da Enfermeira Orientadora, Enfermeira Chefe do Serviço e Docente orientadora.
- Divulgação da ação de formação junto da equipa de enfermagem do SEM e envio de convite à participação na ação de formação por correio eletrónico a cada elemento da equipa de enfermagem do SEM.
- Apresentação à equipa de enfermagem do projeto e consequente proposta de método de armazenamento de medicamento (organização e sinalética), através da formação em serviço:
 - Descrição de todo o projeto de implementação das normas e sinalética de

segurança associadas ao armazenamento de medicamentos no SEM;

- Recolha de contributos dos elementos da equipa;
- Avaliação da ação de formação.

Importa referir que para o planeamento das sessões de formação foi elaborado um plano de sessão que contempla os objetivos, conteúdos, metodologia e recursos e avaliação da sessão (Apêndice II). Foram planeados e realizados 4 momentos formativos em 4 dias diferentes, com o objetivo de realizar a ação formativa a cada equipa de enfermagem que constitui o SEM, pretendemos que fossem grupos pequenos, pois desta forma permitia que os enfermeiros escalados no turno se organizassem e assegurassem a prestação de cuidados enquanto que outros se encontravam na ação de formação, não comprometendo assim o normal funcionamento do serviço. O horário das 16h foi selecionado por se revelar o mais favorável à participação da equipa de enfermagem.

Como instrumento de apoio à ação de formação, foi elaborada uma apresentação em diapositivos, com recurso ao programa Microsoft *Power Point* (Apêndice III).

Os indicadores de avaliação deste objetivo consistem em incluir a ação de formação no plano de formação do SEM, a produção dos dispositivos da ação de formação e a avaliação pela equipa de enfermagem, esperando-se que 100% dos enfermeiros do SEM tenham assistido à formação e tenham conhecimento sobre a temática e proposta de armazenamento dos medicamentos apresentada.

Por último as atividades/estratégias planeadas para atingir o **quarto objetivo - Implementar proposta de método de armazenamento de medicamento (organização e sinalética)**, foram as seguintes:

- Implementação da proposta de método de armazenamento de medicamento (organização e sinalética).
- Elaboração de rótulos monocromáticos à exceção dos rótulos das soluções eletrolíticas concentradas e da sinalética, alteração do grafismo na denominação aplicando o método de inserção de letras maiúsculas, utilização

de cores, negrito ou outros;

- Organização da disposição da terapêutica em módulos atendendo à via de administração oral, intramuscular, endovenosa, subcutânea e tópica, fazendo menção à mesma no rótulo de cada medicamento.

Para este objetivo acima supracitado os indicadores de avaliação consistem na produção de sinalética para identificar os medicamentos LASA, organização da terapêutica atendendo à sua via de administração.

No desenvolvimento do PIS, colaboraram vários profissionais da equipa de enfermagem do SEM, de referir que a Enfermeira orientadora e a Enfermeira chefe foram elementos preponderantes ao longo de todo o processo quer na sua orientação, quer na promoção do mesmo junto da equipa de enfermagem. A implementação o projeto não acarreta custos associados com recursos humanos para a instituição. Quanto aos recursos materiais estes ficam a cargo dos autores do projeto.

3.4. AVALIAÇÃO E RESULTADOS

De acordo com os autores Ruivo, Ferrito, & Nunes (2010) a avaliação de um projeto é primordial após o seu desenvolvimento. Podem-se distinguir vários momentos, isto é, em simultâneo com a execução do projeto poder-se-á realizar uma avaliação intermédia, e no final do mesmo ocorre outro momento de avaliação designada por avaliação final.

A avaliação trata-se de momentos onde se questiona o trabalho realizado e se verifica a consecução dos objetivos inicialmente definidos. Na metodologia do projeto, esta etapa é contínua, uma vez que se considera a avaliação do processo tão importante quanto a avaliação do produto final. Segundo Ruivo, Ferrito, & Nunes (2010) esta característica permite facilitar a redefinição da análise da situação, a reelaboração dos objetivos, ação e seleção dos meios, bem como a análise dos resultados. Ou seja, “deve fornecer os elementos necessários para intervir no sentido de melhorar a coerência (relação entre projeto e o problema), a eficiência (gestão dos recursos e meios atendendo aos objetivos) e a eficácia (relação entre a ação e os resultados)” (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, p. 25).

Fazendo uma correlação com a Modelo da Prática baseada na evidência podemos verificar que esta etapa da metodologia do projeto vai ao encontro a etapa 5 (Larrabee, 2011).

Torna-se assim essencial avaliar se as estratégias e as atividades propostas para atingir os objetivos definidos inicialmente foram suficientes.

Objetivo 1 – Realizar uma Revisão sistemática da literatura sobre os Medicamentos LASA;

Consideramos que este objetivo foi atingido, uma vez que, foi realizada uma revisão sistemática da literatura sobre os medicamentos LASA que se constituiu como elemento de avaliação do estágio, além disso, a síntese do conhecimento obtido encontra-se exposta no enquadramento teórico deste relatório.

O resumo do artigo elaborado encontra-se em apêndice IV e tem como título “Estratégias de Enfermagem para Prevenir o Erro de Medicação Look a Like Sound Alike: Revisão Sistemática da Literatura”. A metodologia adotada foi a The Joanne Briggs Institute, e a pesquisa foi realizada no EBSCOhost®, onde foram selecionadas as bases CINAHL Complete e MedicLatina e, na biblioteca de conhecimento online B-On onde foram selecionadas as bases RCCAP e Scielo.

De destacar a identificação de um conjunto de estratégias de enfermagem, designadamente a educação e formação dos profissionais de saúde; utilização de novas tecnologias; medidas de diferenciação dos medicamentos LASA e utilização de código de barras que para além de prevenirem o erro de medicação LASA revelam-se eficazes para detetar a possibilidade de erro precocemente, melhorando a segurança do doente.

Objetivo 2- Elaborar uma proposta de método de armazenamento de medicamento (organização e sinalética)

Considerámos que este objetivo foi atingido com sucesso. Através da RSL realizada e seguindo as recomendações da DGS, nomeadamente da norma n.º 020/2014 de 30/12/2014 atualizada a 14/12/2015, elaborámos uma proposta de método de armazenamento do medicamento.

Primeiramente procedeu-se a listagem de todos os medicamentos que constam do stock da medicação do serviço de especialidades médicas identificando os que constam da lista de medicamentos LASA norma n.º 020/2014 de 30/12/2014 atualizada a 14/12/2015. De seguida, foram definidas quais as estratégias que poderiam ser aplicadas no serviço de forma a identificar os medicamentos LASA, os medicamentos de alerta máxima, para além disso, tendo em conta a literatura decidimos adotar algumas estratégias que tem como finalidade prevenir o erro de medicação, assim foi proposta a elaboração de rótulos com diferentes cores atendendo a via de administração e sinalética especial e uma vez que nos deparamos frequentemente com a dúvida se os medicamentos endovenosos carecem de diluição na sua administração, optámos por propor uma sinalética própria, que identifica os medicamentos de diluição obrigatória (Apêndice V).

Depois de elaborada a proposta de método de armazenamento de medicamentos LASA, a mesma foi divulgada e apresentada à equipa de enfermagem do SEM, na forma de ação de formação em serviço. A ação de formação em serviço permitiu ainda obter contributos para a melhoria do PIS, destacando-se uma das sugestões da equipa de enfermagem: de forma a facilitar a localização da medicação no armário de stock, a equipa de enfermagem sugere que para além de se dispor a medicação de acordo com a sua via de administração, ordem alfabética, seja atribuído um número a cada medicamento, assim após consultar a lista de medicamentos que compõem o stock facilmente consegue-se localizar o medicamento no armário pelo seu número (Apêndice V).

Objetivo 3 - Realizar uma formação em Serviço no serviço de Especialidades Médicas sobre as normas da DGS relativas aos medicamentos LASA

Assumimos que este objetivo foi atingido, uma vez que todas as atividades e estratégias delineadas para atingir o mesmo foram realizadas com sucesso. O plano de ação de formação e os dispositivos elaborados foram revistos pela enfermeira orientadora e docente e aprovados por ambas para a apresentação na ação de formação. A ação de formação contou com uma adesão de 100%, ou seja, todos os elementos da equipa tomaram conhecimento do projeto a implementar, dando ainda alguns contributos para a sua consecução, que se revelaram uma mais valia. Importa ainda referir que foram disponibilizados os dispositivos da ação de formação, assim como a norma n.º 020/2014 de 30/12/2014 atualizada a 14/12/2015 para que sempre que a equipa de enfermagem sempre que necessite possa consultar as informações relativas ao projeto.

Como forma de avaliação do processo optamos pela colocação de um questionário de avaliação da sessão (apêndice VI), este questionário incide sobre a pertinência e utilidade prática da formação conteúdos, meios utilizados, desempenho do formador e perceção dos participantes da formação quanto ao contributo da ação de formação no desenvolvimento de conhecimentos sobre a prevenção do erro de medicação associado aos medicamentos LASA e melhoria dos cuidados de enfermagem e segurança do doente, decorrente da implementação do novo método de armazenamento.

Relativamente à pertinência e utilidade prática da formação, conteúdos, meios utilizados, foi classificada como muito bom por 100% dos formandos. Quanto ao desempenho do formador e contributo da formação no desenvolvimento de conhecimentos sobre a prevenção do erro de medicação associado aos medicamentos LASA, a ação foi avaliada em muito bom por 100% dos profissionais. De enaltecer uma das sugestões por parte de um dos formandos, que considera pertinente replicar esta formação, bem como o próprio método de organização a outros serviços da instituição, com a finalidade de que seja adotado por todos os serviços.

Objetivo 4 - Implementar proposta de método de armazenamento de medicamento (organização e sinalética).

É válido afirmar que este objetivo foi atingido com sucesso. Após parecer favorável por parte do Gabinete de Investigação e desenvolvimento do CHS da proposta apresentada, procedeu-se à impressão dos rótulos de medicamentos, legendas e lista de medicamentos. De seguida utilizando as placas de identificação já existentes colou-se os novos rótulos de medicamentos.

Apresentamos, de seguida (figura 2, 3 e 4) as mudanças efetuadas, ao nível da organização e sinalética da medicação.



Figura 2- Medicação via oral - LASA



Figura 4- Medicação Via Endovenosa - LASA

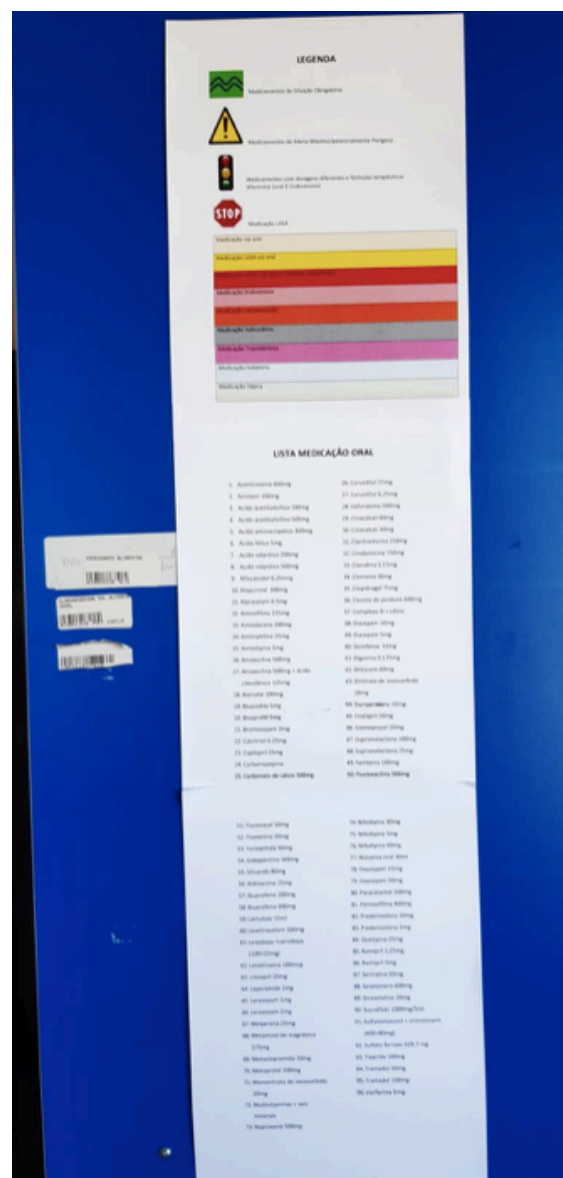


Figura 3 - Legenda da medicação no armário de medicação do SEM

Como podemos verificar pelas imagens apresentadas, optámos por recorrer a utilização de cores para diferenciar a medicação, isto é, para cada via de administração foi atribuída uma cor; alteramos o grafismo na denominação dos medicamentos LASA, aplicando o método de inserção de letras maiúsculas e utilizamos o negrito para destacar estas alterações; a medicação encontra-se organizada e armazenada de acordo com a via de administração; utilizamos sinalética própria:




(medicamentos de diluição obrigatória)



(medicamentos de alerta máximo/potencialmente perigosos)



(medicamentos com dosagens diferentes e fórmulas terapêuticas diferentes)

(oral e endovenosas)  (medicamentos LASA), de forma a chamar a atenção dos profissionais de saúde para as particularidades da medicação.

Podemos aferir, ao questionar a equipa de enfermagem, que o projeto se revelou uma mais valia para a prática de enfermagem, nomeadamente na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e segurança do doente. A implementação de estratégias de prevenção do erro na preparação da medicação LASA demonstrou que a identificação e sinalização dos medicamentos LASA armazenamento segregado e rotulagem própria melhoraram a segurança do doente.

Por tudo o que foi exposto, consideramos ser possível afirmar que este projeto permitiu desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista e a competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica e de mestre em Enfermagem, as quais analisaremos em detalhe no capítulo seguinte.

4. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Ao longo deste capítulo propomo-nos analisar e refletir sobre o desenvolvimento da aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências específicas do EEEMPSC, bem como as competências que configuram para a aquisição do grau de Mestre em Enfermagem. Importa destacar que na fase inicial do Estágio final, elaborámos um projeto de desenvolvimento de competências (Apêndice VIII), onde definimos objetivos e planeamos as atividades a desenvolver durante a realização do estágio, tendo por base as competências comuns e as competências específicas do EEEMPSC, assim com as competências de Mestre em Enfermagem.

Importa assim, clarificar o conceito de competência. Segundo Nunes (2013, p.3) a competência profissional caracteriza-se “fundamentalmente como juízo e ação sensata em situações complexas, únicas e incertas, com valores em conflito...também requer conhecimento reflexivo para lidar com áreas que não se prestam a soluções comuns.”

Para Benner (1984 citado por Oliveira, Queirós e Castro, 2015) pode-se definir competência do enfermeiro como a capacidade de executar uma tarefa com o resultado desejável, sob condições variadas no mundo real. O que requer da prática de enfermagem a aplicação de combinações complexas de conhecimentos, habilidades, valores e atitudes. Ou seja, a competência consiste em colocar em prática o que se sabe em um determinado contexto (Ruthes & Cunha, 2008).

De acordo, com Roldão (2003 citado por Henriques 2015), competência, refere-se à capacidade de mobilizar adequadamente diversos conhecimentos prévios, selecionando e integrando esses conhecimentos perante uma determinada questão ou problema. Para Fleury (citado por Ruthes & Cunha, 2008, p. 110) competência é assim “um saber agir responsável e reconhecido que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos, habilidades.”

Com base no Regulamento n.º 122 de 2011, relativo ao regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (2010) o enfermeiro especialista é detentor de um conjunto de competências clínicas especializadas, decorrentes do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais que se concretiza em competências comuns e competências específicas. Os enfermeiros especialistas partilham assim um domínio de competências comuns

independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (OE, 2010).

As competências de Mestre em Enfermagem encontram-se descritas no artigo 15.º do Decreto-lei n.º 63/2016, que regula os regimes jurídicos dos graus académicos no Ensino Superior.

O grau de mestre é conferido aos que demonstrem:

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
 - i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
 - ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (MCTES, Decreto-lei n.º 63 /2016, 2016).

Segundo o documento apresentado à Agência de Validação e Acreditação do Ensino Superior, com enquadramento legal no Artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março e no Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, **o Mestre em Enfermagem:**

1. “Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de Enfermagem, numa área especializada.
2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de Enfermagem baseada na evidência;
3. Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.
4. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida.
5. Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais.
6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da Enfermagem em particular.
7. Evidência competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (Universidade de Évora , 2015, p. 27).

Verificámos que algumas das competências de Mestre em Enfermagem são transversais às competências do Enfermeiro Especialista, deste modo considerámos pertinente analisá-las em simultâneo.

4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

Segundo o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) (2015, p.99) “ o enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade (OE, 2015).

De acordo, o Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista (2010) é detentor de um conjunto de competências clínicas especializadas, decorrentes do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais que se concretiza em

competências comuns e competências específicas. Encontram-se organizadas em quatro domínios de competências: a) responsabilidade profissional ética e legal, b) melhoria continua da qualidade, c) gestão de cuidados e d) aprendizagens profissionais. Assim, os enfermeiros especialistas partilham um domínio de competências comuns independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (OEa, 2010).

■ **Competências Comuns do Enfermeiro Especialista do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal:**

A1 - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;

A2 - Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

■ **Competência de Mestre em Enfermagem:**

3 - Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.

Relativamente à competência do domínio da responsabilidade profissional ética e legal, em que o Enfermeiro Especialista desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção, promovendo práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Em toda a ação do cuidar a ética e a responsabilidade estão presentes. (OE, 2010). Como refere Leirias (2016) os cuidados de enfermagem necessitam sempre de uma componente ética onde se estimam os valores humanísticos em toda a ação do cuidar.

Considerámos que esta competência tem sido desenvolvida desde a formação inicial de enfermagem, de forma mais ativa nos últimos três anos, em contexto de prática profissional.

Constata-se que, de acordo com a teoria de Patricia Benner (2001), a autonomia e responsabilidade aumentam de forma paralela e que, de uma forma geral, a responsabilidade do Enfermeiro deriva do cumprimento dos seus deveres profissionais independentemente da fonte material ou

formal (Deodato, 2008). Muitas vezes verificamos que durante a prestação de cuidados de enfermagem os enfermeiros agem sem refletir sobre a prática, assim a autorreflexão sobre dilemas, a discussão e reflexão entre pares que potenciaram a construção de pilares que nos suportam no processo de tomada de decisão e contribuem para a nossa conduta profissional (Benner, 2001).

Destacam-se ainda os contributos da unidade curricular de Epistemologia, ética e direito em enfermagem, lecionada no 1.º semestre do primeiro ano do Mestrado em Enfermagem de associação, na medida que permitiram o desenvolvimento de conhecimentos teóricos relativos à ética, à bioética, e ao direito e a sua aplicabilidade em enfermagem. Salientamos o trabalho desenvolvido com o tema: “responsabilidade do Enfermeiro na administração terapêutica” por considerarmos que de entre competências mais importantes e que merece reflexão na prática de Enfermagem a administração de terapêutica é a que envolve aspetos legais e éticos de impacto sobre a prática profissional.

Ao longo, dos estágios realizados a componente ética e o respeito pelos direitos do doente e da família foram sempre respeitados e ao mesmo tempo incentivados a cumprir pelos restantes profissionais. Como refere o REPE no capítulo IV, artigo 8.º, ponto 1, “No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (OE, 2015, p. 101).

Consideramos ainda, que o **desenvolvimento do PIS** foi preponderante para o desenvolvimento desta competência, uma vez que durante as fases de diagnóstico foi formalizado um pedido de autorização ao conselho de administração do CHS, por intermédio do Gabinete de Investigação e Desenvolvimento, para obter autorização para a implementação do mesmo. O parecer foi favorável e todo o processo traduziu-se numa aprendizagem e desenvolvimento de competências que pretendem ser mobilizadas para projetos futuros. Importa ainda referir que este projeto os permitiu pela sua área de intervenção construir pilares que suportam o processo de tomada de decisão e contribuíram para a nossa conduta profissional. A preparação e administração de terapêutica, assume-se como um problema tão extenso e complexo que nenhum código pode ser mais do que um guia para a conduta profissional sobretudo no que concerne à administração (OE, 1998).

Tendo em conta o supracitado anteriormente, considerámos ter demonstrado a aquisição e desenvolvimento das competências anteriormente nomeadas.

■ **Competências Comuns do Enfermeiro Especialista do Domínio da Melhoria da Qualidade:**

B1 - Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

B2 - Concebe, gere e colabora em programas de melhoria continua da qualidade; B3 - Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

■ **Competência de Mestre em Enfermagem:**

5- Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais.

Reconhecida formalmente a necessidade de implementar sistemas de qualidade, por várias instâncias internacionais como a OMS e Conselho Internacional de Enfermeiros, quer por organizações nacionais como o conselho nacional de qualidade, a DGS e a OE, a criação de sistemas de qualidade em saúde revela-se uma prioridade (OE, 2001).

A OE tem desenvolvido esforços para a melhoria continua da qualidade dos cuidados de enfermagem, assim em 2001 publica os “Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem”, assumindo-se como referencial teórico que estrutura e orienta o exercício profissional dos enfermeiros em Portugal (Dias, 2014).

Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem a qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional e que tem um contexto de aplicação local (OE, 2001). Cabendo aos enfermeiros conceber, realizar, promover e participar em trabalhos de investigação que visem o progresso de enfermagem em particular e saúde em geral (OE, 2015).

De acordo com a OE (2015) no seu exercício profissional o enfermeiro deve procurar a excelência do cuidado, e ao mesmo tempo personalizar os cuidados prestados à pessoa. a qualidade em saúde é uma necessidade e uma mais valia contribuindo para a satisfação de utentes, profissionais de saúde, gestões e políticos. Enquanto Enfermeiro Especialista, assume-se um papel preponderante enquanto dinamizador de promoção da saúde, prevenção da doença e complicações. Ao colaborar na promoção da formação contínua, de outros profissionais, e em projetos desta natureza, pretende-se que as ações sejam baseadas e fundamentadas em evidência e no conhecimento científico (OE, 2001 citado por Leirias 2016).

Melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados é um desafio cada vez mais atual e que merece toda a atenção, torna-se imperioso incentivar a melhoria permanente dos serviços e profissionais envolvidos, possibilitando a formação de uma nova mentalidade centrada no desenvolvimento profissional contínuo, no trabalho em equipa, na educação permanente, que permitam que todos os profissionais com as capacidades existentes, superem as dificuldades com criatividade, empenho e participação.

No que concerne à competência melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, o enfermeiro especialista desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade e cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2010).

Por tudo o exposto, ao longo dos estágios investimos no desenvolvimento e aquisição destas competências. Destacamos de seguida as atividades que contribuíram fortemente para a sua aquisição. O PIS implementado na UAVC do SEM na área da segurança do doente, cujo objetivo geral se prende com a prevenção dos erros de medicação relacionados especificamente com a medicação LASA, através da implementação de um novo método de armazenamento da medicação e da implementação da norma da DGS n.º 020/2014 de 30/12/2014 relativa aos medicamentos LASA.

A dinamização da sessão de formação serviço intitulada “Segurança do doente - medicamentos LASA” permitiu divulgar o projeto, formar a equipa e dotá-la de mais conhecimentos e ao mesmo tempo possibilitou a equipa de enfermagem contribuir com melhorias para a sua implementação no serviço. Ou seja, como refere Tavares (2001), podemos definir como principais objetivos e finalidades da formação contínua em serviço: a aprendizagem e reflexão conjunta, que permite obter respostas às necessidades sentidas; atualizar conhecimentos, alertando para a necessidade de manter um espírito aberto à inovação, apelar à criatividade e responsabilidade individual. Tudo isto só será possível de atingir, na seguinte condição: formação contínua valorizar a experiência e os saberes de cada um, permitir a reflexão sobre os cuidados prestados e, desta forma, contribuir para termos profissionais e organizações resilientes mais adaptados às incessantes inovações (Tavares, 2001, citado por Costa, 2011).

Após a implementação do PIS podemos afirmar que este se revelou uma mais valia para a prestação de cuidados de enfermagem, verificando-se uma melhoria significativa na qualidade dos cuidados de enfermagem, permitindo a rápida localização do medicamento, das suas especificações em relação à preparação e da sua categoria. Trata-se de um projeto em que a instituição já revelou interesse na publicação de um artigo científico e na replicação a todos os serviços.

Na prestação de cuidados, assumimos como prioridade manter um ambiente seguro, identificando e gerindo potenciais riscos para a segurança do doente, como por exemplo, procedemos à **aplicação das escalas de Braden e de Morse**. Assumimos ainda como área a melhorar a transmissão de informação, deste modo foi alvo de investimento da nossa parte a elaboração de registos de enfermagem completos e individualizados, bem como da utilização nos momentos de passagem de turno, de um modelo elaborado com base na mnemónica *ISBAR - Identify (Identificação), Situation (Situação atual), Background (Antecedentes), Assessment (Avaliação) e Recommendation (Recomendações)* instituído na unidade na decorrência de um projeto da própria unidade e solicitado pela instituição (DGS, 2017).

Face ao explanado, consideramos ter desenvolvido as competências comuns do enfermeiro especialista do domínio da melhoria da qualidade, assim como a competência de mestre acima mencionada.

■ **Competências Comuns do Enfermeiro Especialista do Domínio da Gestão dos Cuidados:**

C1 - Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;

C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

■ **Competência de Mestre em Enfermagem:**

1- Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de Enfermagem, numa área especializada.

De acordo, com OE (2015, p. 5948), o Enfermeiro gestor:

“(…) detêm um conhecimento efetivo, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e do domínio específico da gestão em enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, garante o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem no que concerne ao enunciado descritivo «A Organização dos Cuidados de Enfermagem», sendo o motor do desenvolvimento profissional (técnico-científico e relacional) da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão, é o gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais, dos conflitos, entre outros” (OEd, 2015).

No que diz respeito à competência do domínio da gestão de cuidados cabe ao enfermeiro gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional e adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados (OE, 2010).

Segundo o REPE (2015, p.103) os Enfermeiros contribuem:

“(…) no exercido da sua actividade na área da gestão, investigação e docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação de cuidados de enfermagem, nomeadamente avaliando e propondo os recursos humanos necessários para a prestação de cuidados de enfermagem, estabelecendo normas e critérios de actuação (...), e propondo protocolos e sistemas de informação adequados para a prestação de cuidados.”

Ao longo dos estágios desenvolvidos, na UAVC assim como na UCIP, foram vários os momentos que potenciaram a aquisição desta competência. Isto é inerente às funções de prestação de cuidados de enfermagem de excelência e especializados, a gestão de cuidados, esteve sempre presente na prática, de forma a otimizar a resposta dos restantes elementos de enfermagem e equipa multidisciplinar. Sempre que necessário e mediante confiança e competência nos e dos colaboradores em conjunto com a Enfermeira Especialista assumimos a delegação de tarefas. Esta situação é de particular relevância num momento em que se assiste a um número reduzido de profissionais necessários para a prestação de cuidados face à afluência de doentes aos serviços de saúde, e que inevitavelmente compromete os cuidados de saúde.

Tendo em conta a competência que nos propomos desenvolver, aquando da atribuição do enfermeiro orientador a enfermeira Chefe do SEM e da UCIP, teve o cuidado e atenção de atribuir um enfermeiro supervisor que desempenhasse funções de chefia de equipa e coordenação, ou seja liderança.

Ao assumirmos que uma das competências que requeriam um maior investimento pessoal da nossa parte, por se encontrar pouco desenvolvida. Consideramos que foi determinante a orientação por parte de um enfermeiro que desempenhasse estas funções na medida em que podemos observar in loco a gestão de cuidados, gestão de pessoal quer de enfermagem, quer de pessoal auxiliar de enfermagem, gestão de recursos humanos, de forma a assegurar uma resposta eficaz e segura na prestação de cuidados. Constatamos que a liderança, envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e uma gestão de forma efetiva e eficaz (Peres & Ciampone, 2006).

Verificámos que gerir a equipa multidisciplinar que se encontra envolvida no processo de admissão do doente via verde AVC, e do doente crítico, revela-se um verdadeiro desafio a capacidade de liderança do enfermeiro e tomada de decisão. Como refere Peres & Ciampone (2006, p.495) “O trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões (...). Para este fim, eles devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas.” Isto é, delegar a tarefa certa, sob as circunstâncias certas, na pessoa certa, com a comunicação e orientação certa e sob supervisão adequada constituem-se um passo crucial para uma resposta rápida e eficaz, num protocolo onde o tempo-janela de tratamento é preponderante no resultado final para o cliente (OE, 2007).

Assim, enquanto Enfermeiro responsável por uma equipa verificámos que possui uma responsabilidade acrescida relativamente à prestação de cuidados, sendo considerado uma referência para a sua equipa, um elemento a que recorrem perante uma dúvida, dificuldade.

Pareceu-nos ainda pertinente para aquisição desta competência, acompanhar a Enfermeira Chefe no desempenho das funções, especificamente na atividade que diz respeito à elaboração de horários. Enquanto chefe/coordenador é responsável por toda a gestão e organização dos cuidados de enfermagem.

Assim, e como refere, Leirias (2016) os enfermeiros assumem uma posição de destaque na gestão de cuidados, ao conseguirem resposta por parte da equipa de enfermagem e seus colaboradores, além de gerirem ainda a articulação na equipa multiprofissional e adaptar a liderança e a gestão de recursos face às situações e ao contexto, otimizando assim a qualidade dos cuidados.

Após reflexão pessoal e por todas as atividades desenvolvidas, consideramos ter adquirido e desenvolvido competências no domínio da gestão de cuidados e competência de mestre em enfermagem.

► **Competências Comuns do Enfermeiro Especialista do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais:**

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

► **Competências de Mestre em Enfermagem:**

2- Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de Enfermagem baseada na evidência;

6 - Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da Enfermagem em particular.

O constante desenvolvimento do atual contexto profissional, área da saúde nomeadamente a Enfermagem, requer um aperfeiçoamento e atualização continua e sistemática dos conhecimentos, com a finalidade de valorização dos profissionais e ao mesmo tempo otimizar os recursos e evolução qualitativa dos resultados, conduzindo de forma inequívoca à tomada de consciência e à concretização de uma prática responsável (CHS, 2017). Tendo em conta esta realidade, assume particular importância manter presente uma atitude de atualização, interrogação, reflexão e espírito crítico acerca do que fazer e como fazemos, bem como uma atitude de abertura para partilhar, aprender e desenvolver competências.

Enquanto profissionais de saúde é nosso dever e responsabilidade ser capazes de aprender continuamente, tanto na formação como na prática (Peres & Ciampone, 2006). Segundo, Ferreira (2015) para os Enfermeiros, o contexto de trabalho é uma excelente fonte de formação e é neste contexto que o Enfermeiro interioriza e aprofunda a maior parte dos conhecimentos cognitivos que adquire na sua formação.

Para os autores Frederico e Leitão (1999, citado por Ferreira, 2015) a formação em Enfermagem tem um carácter prático, sujeito a transformações entre o conhecimento e a prática, promovendo a reflexão sobre processos de trabalho e suas competências. É aqui que reforça e corrige comportamentos através da consolidação de saberes e de experiências que se encontram dispersos, promovendo a reflexão crítica sobre o cuidar e a inovação. Esta formação materializa-se através de dois tipos de formação, a formação contínua e a formação em serviço.

Assim, para além da prática clínica que se constitui como o meio privilegiado para a aquisição de competências e aprendizagens, oferecendo a possibilidade de contactar com a prática de Enfermagem na sua previsibilidade e imprevisibilidade, potencia a mobilização a consolidação de conhecimentos já adquiridos durante a formação teórica, contribui assim para o desenvolvimento de um saber contextualizado (Simões, 2014).

Foi do nosso interesse em paralelo com os estágios realizamos algumas formações externas, consideradas fundamentais no nosso percurso de aprendizagem. Assim, realizamos Formação em Suporte Básico de Vida, formação em Suporte Avançado de Vida, formação em Suporte Avançado de Vida em Trauma e a Formação Transporte do doente crítico (Anexos III, IV, V, VII), trata-se de uma área em que se pretende investir ao nível da investigação num futuro próximo. Nesse sentido procurou-se ainda obter a colaboração do grupo de trabalho do CHS sobre o Transporte do doente crítico para futuros trabalhos, além de que foi um momento de partilha de saberes que potenciou o desenvolvimento de novas aprendizagens nesta área de atuação do enfermeiro, ainda pouco estudada. Para além das formações realizados foi ainda do nosso interesse participar nas II Jornadas de Enfermagem do CHS (Anexo VIII).

Constituiu-se ainda uma prioridade no que se refere à competência aprendizagens profissionais, perante dúvidas ou carência de conhecimentos teóricos em algumas áreas de atuação, das quais se destaca a ventilação mecânica invasiva e não invasiva, transporte do doente crítico procurar conhecimento teórico que fundamenta-se e facilitasse a elaboração de chaves para a análise e compreensão da prática, de forma a responder às dúvidas que surgiam, foram assim desenvolvidas várias inúmeras pesquisas, e recorrer à PBE, de forma a prestar cuidados de enfermagem baseados em padrões de conhecimento válidos (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, & Richardson, 1996).

Parafraseando Cunha & Ribeiro (2010) somos responsáveis pela nossa formação, adquirindo autonomia para agir e responder aos desafios e exigências da profissão. Destacamos o papel desempenho pelas unidades curriculares do plano curricular do primeiro ano, que se constituíram como recursos essenciais para a aquisição destas competências ao proporcionar elevados níveis de conhecimento no domínio técnico, científico e relacional.

Importa ainda ressaltar o papel preponderante do PIS que contribuiu ainda de forma preponderante para o desenvolvimento e aquisição destas competências nomeadamente a que se refere a Competências de Mestre em Enfermagem, 2 - Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de Enfermagem baseada na evidência; o PIS requereu a realização de uma RSL de forma a tomar conhecimento do estado da arte relativo ao tema que se pretendeu estudar - **“Quais as estratégias de enfermagem para prevenir os erros de medicação *look-alike sound-alike*?”** traduzindo-se no final num artigo científico e sua posterior publicação por parte do CHS, contribuindo assim para a disseminação investigação em enfermagem e promover a prática de Enfermagem baseada na evidência.

Deste modo, perante o descrito, acreditamos ter desenvolvido as competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA: A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

Ao longo dos Estágios, realizado na UAVC bem como na UCI, pretendeu-se como já mencionado acima, desenvolver e adquirir competências Específicas do EEEMCPSC.

Citando o preâmbulo do Regulamento n.º 124/2011 (2011, p.8656) Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Situação Crítica, a pessoa em situação crítica é definida como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Diário da República, 2.ª série - N.º 35 - 18 de fevereiro de 2011).

Os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica:

“(…) são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (...), exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.” (Diário da República, 2.ª série - N.º 35 - 18 de fevereiro de 2011).

No documento Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa crítica encontram-se descrito e definidos os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros Especialistas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Estes vão de encontro a três grandes áreas de intervenção: 1 - A Pessoa em Situação de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica; 2 - Situação de Catástrofe ou Emergência Multi-vítimas; 3 - Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica. Os enunciados descritivos compreendem ainda sete categorias: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados e a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados (OE, 2001).

Assim de acordo com a OE (2010) o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica a Pessoa em Situação crítica detêm as seguintes competências:

“1- Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; 2- Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, da concepção à acção e 3- Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.” (Diário da República, 2.ª série - n.º 135 -16 de julho de 2018)

Torna-se assim importante descrever de uma forma crítica e refletida as atividades desenvolvidas no decorrer dos estágios, bem como os resultados obtidos que potenciaram a aquisição de competências do EEPSC.

Tal como nas competências comuns do Enfermeiro Especialista, as competências específicas do EEMCPSC são transversais às competências de mestre, deste modo consideramos pertinente a sua análise em conjunto.

► **Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem médico cirúrgica: a pessoa em situação crítica**

- 1- Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

► **Competência de mestre**

- 4- Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida.

Relativamente à competência 1- Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

“(...)o enfermeiro Especialista em enfermagem médico cirúrgica: a pessoa em situação crítica, mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística, tendo em consideração a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família/pessoa significativa, o enfermeiro especialista.” (Diário da República, 2.^a série - n.º 135 -16 de julho de 2018).

Consideramos que o estágio na UCI, se revelou essencial para aquisição desta competência, por se tratar de um serviço com características particulares, isto é pela sua imprevisibilidade, presta cuidados a pessoas em situações de doença aguda/crítica e ou/agudização de doença crónica, proporcionado um acolhimento e acompanhamento individualizado, e ao mesmo tempo promove a comunicação/informação entre prestadores de cuidados, utentes e familiares com a finalidade de assegurar a participação ativa no processo de saúde deste modo requer do Enfermeiro um conjunto impar conhecimentos, habilidades e de capacidades de avaliação, intervenção e tratamento, não só gerais, mas também especializadas que permitam antecipar a instabilidade e o risco de falência orgânica (Lúcio, 2013).

Por outro lado na UAVC, encontramos doentes agudos em situações emergentes, com várias comorbilidades associadas, que carecem de cuidados imediatos, deste modo é prioritário a identificação precoce de sinais de instabilidade e assegurar uma boa coordenação entre a equipa multidisciplinar, de forma a que os cuidados prestados sejam os mais adequados e atempados para que se assegure a melhor sobrevida do doente vítima de doença vascular cerebral. Salientámos a

importância da aplicação dos vários protocolos existentes, como a fibrinólise. Pela sua instabilidade hemodinâmica característica dos doentes com doença vascular, verificam-se frequentemente agravamento da sua situação clínica, como a paragem cardiorespiratória. Durante o estágio vivenciamos uma situação em que a doente vítima de AVC de etiologia hemorrágica, teve um agravamento da sua situação clínica, sendo considerado irreversível o seu estado, pelo risco de falência respiratória foi realizado contacto com equipa de emergência que procedeu a entubação orotraqueal, tendo sido identificada como potencial dadora de órgãos. Tivemos assim oportunidade de acompanhar todo o processo que implica doação de órgãos, as diligências legais, assim como a gestão de comunicação com a família da doente que se revelou um desafio, promovendo a relação terapêutica e o apoio emocional atendendo à situação.

Destacamos ainda o desenvolvimento de conhecimentos teóricos sobre os protocolos próprios e específicos da UAVC, como por exemplo: encaminhamento do doente que será transferido para outra unidade Hospital a fim de receber tratamento mais diferenciado - TEV.

Como refere Pugh *et al.* (2009 citado por Nobre, 2015), os enfermeiros que trabalham e se dedicam ao cuidado do doente com patologia cerebrovascular são confrontados diariamente com o desafio de se manterem atualizados, assegurando assim os mais elevados níveis de qualidade de cuidados. Durante a realização do estágio foi possível constatar que os níveis de complexidade na apresentação e tratamento da pessoa com AVC são cada vez maiores, o que exige da parte dos enfermeiros um investimento nesta área. A possibilidade de articular um **estágio de observação na Unidade cerebrovascular do Hospital de São José** revelou-se fundamental, isto é, permitiu compreender toda a dinâmica que envolve o tratamento agudo do doente vítima de AVC desde a ativação da via verde AVC até ao momento da reabilitação e ao mesmo tempo adquirir competências específicas no respeito aos cuidados de enfermagem especializados ao doente com necessidades cerebrovasculares.

Neste sentido, ao longo do estágio tornou-se importante a realização de **formações teórico práticas** de forma a responder às necessidades que emergiam: Destaca-se a aquisição de competências adquiridas com a realização do curso de suporte básico de vida, em que apesar de possuir este curso assim como o Suporte avançado de vida, a realização do curso permitiu mobilizar conhecimentos já adquiridos. E as competências adquiridas com o curso: transporte de doente crítico, momento rico de aprendizagem e com grande relevância para o estágio, visto que se trata de uma

área de enorme interesse para intervir do ponto de vista investigacional e onde considero ter lacunas em termos de conhecimento e atuação prática.

Comparativamente com a UAVC a UCI trata-se de um local, onde nos defrontámos com um maior número de situações de emergência/urgência, onde os doentes carecem de cuidados mais especializados, muitas das vezes são prestados cuidados a doentes com instabilidade hemodinâmica e/ou com necessidade de ventilação invasiva ou não invasiva. Exigindo a necessidade de gerir protocolos terapêuticos complexos, que requerem conhecimentos quer ao nível de complicações, quer ao nível de respostas esperadas, exigindo o desenvolvimento de capacidades de monitorização, avaliação, implementação e adequação de respostas de enfermagem face às complicações e problemas identificados. A realização dos estágios, permitiu o desenvolvimento e aperfeiçoamento destas respostas, permitindo a deteção precoce de alterações súbitas do estado clínico e assim ter uma ação significativa prevenindo estados críticos em tempo útil através do estabelecimento de prioridades de acordo com a situação do doente. Ou seja, potenciou o desenvolvimento raciocínio clínico de forma a agir rapidamente na situação definindo prioridades. Esta procura de conhecimento teórico revelou-se fundamental, uma vez que permitiu a fundamentação e facilitou a elaboração de chaves para análise e compreensão da prática (Couceiro, 1996 citado por Martins, 2009).

De facto, a situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica é geradora de perturbações emocionais. A aquisição de competências neste domínio, implica, aplicar e desenvolver competências comunicacionais com o doente e família/pessoa significativa ao estabelecer a relação de ajuda, utilizando técnicas de comunicação e vocabulário adequado em função do que pretendia transmitir e das características do destinatário. Aprendi que a utilização de um vocabulário que apela aos sentidos do doente reveste-se também de grande importância, uma vez que aumenta as probabilidades de ser compreendida (Chalifour, 2008). Aprendemos, também, que doentes informados se sentem menos ansiosos, e que para ensinar com competência, preciso primeiro determinar o que a pessoa já sabe e a sua facilidade para aprender (Branden, 2000). Ou seja, a comunicação é uma competência fundamental para o cuidar em enfermagem, que se adquire na e pela prática, admite uma grande diversidade de formas de comunicar e cria oportunidades de aprendizagem para o doente, podendo despertar o sentimento de confiança entre ele e Enfermeiro (Inaba, Silva e Telles, 2005 citado por Ali-Can, 2011). Ao mesmo tempo, perante situações de angústia ou ansiedade, proporcionar apoio efetivo e informar as famílias do doente e o próprio, sendo assertiva e

utilizando um tom de voz calmo é tão determinante quanto o tratamento medicamentoso. A escuta ativa implica uma atenção constante e total e uma sensibilidade e percepção apuradas para que se consiga ouvir o que o doente diz, mas sobretudo “o que ele não diz” (Rosário, 2018). O desenvolvimento de técnicas de observação revelou-se muito importante pois através delas consegue-se captar informação importante acerca do doente, sem haver necessariamente intervenção verbal, verificando que muitas vezes o que o que dizem não é propriamente o que é sentido (Simões, 2014). Não é possível estabelecer uma relação de ajuda quando a doente experiência uma dor intensa, sem antes instituir medidas farmacológicas ou não farmacológicas que proporcionem um alívio da dor visto que até lá não se encontra disponível para estabelecer uma relação.

Por todas as situações de aprendizagem vivenciadas e reflexão acerca das mesmas, consideramos ter adquirido a competência para cuidar a pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, ao nível da competência de enfermeira especialista e mestre em enfermagem.

■ **Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem médico cirúrgica: a pessoa em situação crítica**

2- Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.

■ **Competência de mestre**

7- Evidência competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

No que concerne a esta competência específica:

“2- Perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe o enfermeiro especialista atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descuidar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime” (Diário da República, 2.ª série - n.º 135 -16 de julho de 2018).

Durante os estágios realizados foi do nosso interesse tomar conhecimento do que já se encontra formulado ao nível do planeamento da instituição relativamente a situações de catástrofe, e multi-vítimas. Assim, foram consultados todos os planos que se encontram em vigor para a

instituição, isto é, os planos de catástrofe externo e interno que foram revistos em 2016. O conhecimento destes planos permitiu-nos conhecer os princípios de atuação e situações de catástrofe e multi-vítimas, nomeadamente no que se refere à coordenação da equipa e de meios, a triagem e os diferentes de métodos, a identificação e a gestão das vítimas, as situações clínicas mais frequentes de acordo com o tipo de catástrofe/emergência multi-vítimas e intervenções imediatas (Lennquist, 2012 citado por Abreu 2017). Como forma de cimentar os conhecimentos teóricos adquiridos, realizamos ainda a **formação sobre o Plano de Emergência Interna do CHS**, que para além de contar com uma parte de transmissão de conteúdos teóricos contemplou a **realização de um simulacro de catástrofe**, cujo objetivo final se concentrava na evacuação em segurança de um edifício de multi-vítimas (Anexo VI).

Importa ainda referir que a realização do **estágio no posto de triagem**, apesar de não ser em contexto de multi-vítimas potenciou o desenvolvimento de competências nesta área, o estágio permitiu assim colocar em prática conhecimentos já adquiridos na realização do curso da triagem de Manchester organizado pelo grupo português de triagem.

Além disso, durante a formação teórica na unidade curricular Enfermagem Médico Cirúrgica III, foi proposto aos alunos a elaboração de um trabalho que permitiu o desenvolvimento de conhecimentos ao nível desta competência. Destacamos a importância de realizar o curso *International Trauma Life Support*, no curso foram várias as situações de simulação de resgate, nomeadamente de multi-vítimas, onde tivemos oportunidade de colocar em prática as técnicas aprendidas ao longo do curso. Os temas abordados no curso foram: *Golden Hour*; estrela da vida; abordagem inicial e secundária; cinemática; Choque; traumatismo torácico; Traumatismo Abdominal; TCE; traumatismo vertebro-medular; resgate multi-vítimas (Anexo V).

Por tudo o exposto consideramos ter adquirido as competências acima supracitadas.

► **Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem médico cirúrgica: a pessoa em situação crítica**

- 3- Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

► **Competência de mestre**

6- Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular

Nas últimas décadas tem-se verificado uma importância crescente relativa às infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS). Segundo a DGS (2007), a IACS é uma infeção proveniente da prestação de cuidados de saúde e que pode afetar os doentes ou profissionais durante o desempenho das suas funções. Em 2007, no âmbito do programa nacional de controlo de infeção (PNCI) refere que as IACS abrangem todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde:

“A prestação de cuidados de saúde, quer em meio hospitalar, quer em regime de ambulatório, pode dar origem à transmissão de infeções designadas por Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). Este fenómeno está, aliás, amplamente documentado. Se por um lado se prolonga a sobrevida de doentes, por outro verifica-se que, os mesmos doentes se tornam vulneráveis às múltiplas infeções que podem adquirir nos locais onde ocorre a prestação de cuidados, sobretudo devido ao recurso a procedimentos mais invasivos, a terapêutica antibiótica agressiva ou imunossupressora e aos internamentos subsequentes, quer nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), quer noutras unidades” (DGS, 2007, p. 7).

Durante a realização dos estágios, foi possível constatar que a UAVC e UCI apresentam algumas limitações ao nível da estrutura física, que aumentam de forma significativa o risco de desenvolvimento de infeções associadas aos cuidados de saúde por parte dos doentes. Considerando que, “as infeções associadas aos cuidados de saúde dificultam o tratamento adequado do doente e são causa de significativa morbi-mortalidade, bem como de consumo acrescido de recursos hospitalares e comunitários (DGS, 2013, p. 1).

Torna-se fundamental identificar os principais riscos de infeção associados à prestação de cuidados, para que se verifique uma mudança de paradigma no que diz respeito à abordagem das infeções associadas aos cuidados de saúde (Abreu, 2017).

Ou seja, atendendo à qualidade dos cuidados prestados e à prevenção de complicações o controlo de infeção assume-se como uma prioridade durante o exercício da nossa atividade profissional. Como tal, ao longo do estágio consideramos importante: rever alguns documentos relativos às IACS, nomeadamente, os planos e relatórios nacionais e europeus publicados pelo Programa de

Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistências aos Antimicrobianos, consultar e conhecer as normas e protocolos existentes na UCI e UAVC, dos quais destacamos as normas referentes ao protocolo de prevenção da Pneumonia associada à ventilação e prevenção de infeção por MRSA.

Durante os estágios foi também nossa prioridade e preocupação adotar medidas de precauções básicas de controlo de infeção adequadas a cada situação, para além de cumprir com as diretrizes das normas da DGS, que contribuíram para otimizar as práticas, destacamos a:

“(...) avaliação individual do risco de infeção na admissão do utente e colocação/isolamento dos utentes (...) Higiene das mãos (...) Etiqueta respiratória (...) Utilização de equipamento de proteção individual (...) Descontaminação do equipamento clínico (...) Controlo ambiental e descontaminação adequada das superfícies (...) Manuseamento seguro da roupa (...) Gestão adequada dos resíduos (...) Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis (...) Prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho” (DGS, 2017, p. 6).

Durante os estágios, tivemos sempre o cuidado de utilizar os equipamentos de proteção individual adequados a cada situação e de acordo com a condição do doente. Neste período prestamos cuidados a doentes com presença de microrganismos multirresistentes e que careciam de isolamento para evitar a transmissão, pelo que foi nossa preocupação durante a prestação de cuidados de enfermagem realizar um planeamento rigoroso da priorização dos cuidados, de forma a minimizar o risco de infeção. Tivemos ainda o cuidado de prestar ensinamentos transmitir informação relevante à família, pessoa significativa sobre a importância do isolamento, as medidas a adotar e a utilização dos equipamentos de proteção individual.

Além disso, durante a formação teórica em específico na unidade curricular Enfermagem Médico Cirúrgica V, foi proposta a realização de um trabalho teórico cujo objetivo geral assentava na conceção de um plano de prevenção e controlo de infeção de forma a dar resposta às necessidades de um contexto de cuidados de saúde.

Em suma, após reflexão sobre as atividades desenvolvidas consideramos ter adquiridas e desenvolvidas competências para maximizar a intervenção na prevenção controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

CONCLUSÃO

Após a realização do presente trabalho, proposto no âmbito do Estágio Final realizado no âmbito do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem em associação ministrado pela da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, concluímos que os objetivos inicialmente traçados foram atingidos. Assim é válido afirmar que o presente documento expressa a aquisição e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, mas também de competências específicas do EEEMPSC e competências de mestre em Enfermagem.

Constatamos que os estágios realizados se revelaram espaços profícuos, na medida em que motivaram desenvolvimento de competências e a aquisição de uma multiplicidade de saberes desde saberes pessoais, passando por saberes teóricos até saberes práticos, que se recriavam em cada cuidado prestado e na relação com o outro. Importa referir que este período, contribui de forma ímpar para o nosso crescimento, traduzindo-se num período que se aprendeu mais sobre relações, desenvolvemos novas capacidades e se apreciou a vida como nunca antes acontecera.

Este relatório permitiu-nos ainda efetuar uma análise crítica de todo o nosso percurso, quer teórico quer prático, sem duvida que a reflexão crítica sobre a prática e na prática foi um fator decisivo para ultrapassar algumas das dificuldades com que nos fomos deparando, através dela desenvolvemos mecanismos de *cooping*, estratégias que contribuíram para uma melhoria no nosso desempenho e um aumento de confiança e segurança na prestação de cuidados (Simões, 2014).

Podemos concluir que a metodologia do projeto se revelou determinante no desenvolvimento e aquisição de competências requeridas para a obtenção do título de enfermeiro especialista e do grau de mestre em Enfermagem respetivamente, uma vez, que recorrendo a esta metodologia identificámos uma necessidade sobre a qual desenvolvemos o nosso projeto de intervenção em serviço. Considerando o feixe de intervenção segurança do doente e uma vez que os erros de medicação e as suas consequências constituem um grave problema de saúde pública e o serviço onde desenvolvemos estágio não ter nenhum projeto de intervenção nesta área, prevenir os erros de medicação, nomeadamente dos medicamentos LASA, fez-nos todo o sentido e foi um desafio ao qual consideramos ter respondido de forma sistemática e dedicada. A implementação de estratégias de enfermagem, das quais destacamos a educação e formação dos profissionais de saúde, a utilização

de sinalética própria, a rotulagem diferenciada, teve um impacto significativo na melhoria da qualidade dos cuidados prestados, permitindo detetar a possibilidade de erro precocemente e melhorando a segurança do doente.

Finalizando este capítulo refletindo acerca do que o curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a pessoa em situação crítica, nos proporcionou, as aprendizagens teóricas e na prática clínica, as experiências incríveis em contexto com e para as pessoas, as circunstâncias que a título pessoal foram também em si mesmas transformadoras, consideramos que dispomos de mais e melhores recursos e instrumentos de trabalho. Todo o percurso nos permitiu o desenvolvimento a aquisição viva e participada de conhecimentos e competências que nos permitiram enfrentar e ultrapassar dificuldades e obstáculos, que eventualmente irão surgir ao longo do nosso percurso de vida profissional e pessoal.

Este caminho ainda não terminou outros projetos seguem-se, consideramos que a dada a complexidade da pessoa em situação crítica é essencial manter a procura de conhecimentos como refere o código deontológico e ético nos artigos 78.º e 88.º, o enfermeiro tem o dever ético de “manter a atualização continua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Decreto-lei n.º 104/98).

Três anos decorreram desde o início desta longa caminhada, onde nos revemos nas palavras do poeta Fernando Pessoa que um dia escreveu “*Não sou nada, nunca serei nada. Não posso querer ser nada. À parte disso, tenho em mim todos os sonhos do mundo*”. Continuamos a não ser nada, para lá de nós e todos os nossos sonhos. Sabemos que estamos no rumo certo, no final tudo dá certo. Se ainda não deu certo é porque ainda não chegou o fim. A verdade é que tudo deu certo e do trabalho nasceu o orgulho. O orgulho pelo nosso trabalho, do que construímos. Saber que já não somos os mesmos, faz-nos perceber que tudo valeu a pena.

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, I. (2017). *A pessoa em situação crítica no Pré e Intra-Hospitalar*. Funchal.
- Ali-Can, J. (2011). *Relatório de Estágio*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Branden, P. (2000). *Enfermagem Materno-Infantil*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores.
- Centro Hospitalar de Setúbal. (2015a). Regulamento Interno do Centro Hospitalar de Setúbal. Centro Hospitalar de Setúbal.
- Chalifour, J. (2008). *Intervenção Terapêutica: os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidata.
- CHS. (2017). *Plano de Formação - ano 2017/2018*.
- CHS. (2015). Descrição de Funções (Enfermeiro Especialista em Médico-Cirurgica no Serviço de Cuidados Intensivos). Setúbal: Centro Hospitalar de Setúbal.
- Craig, J., & Smyth, R. (2004). *Prática Baseada na evidência - Manual para enfermeiros*. Lisboa : Lusciência.
- Cunha, M., & Ribeiro, O. (2010). Contributo dos Enfermeiros na formação pré-graduada. *Milennium - Revista do IPV*.
- Deodato, S. (2008). *Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade*. Coimbra : Almedina.
- DGS. (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção associada aos cuidados de saúde*. Autor. obtido de: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude.aspx>
- DGS. (2013). *Orientações programáticas: Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistências aos antimicrobianos*.
- DGS. (2016). *Relatório de progresso de monitorização*. Lisboa.
- DGS. (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de resistência aos antimicrobianos*. Obtido de <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/relatorios/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infeccoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos-relatorio-2017.aspx>.

- DGS. (9 de Novembro de 2019). *Segurança na utilização da medicação*. Obtido de <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/seguranca-na-utilizacao-da-medicacao.aspx>
- DGS. (2011). *Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente*. Lisboa: Direcção geral de Saúde. Obtido em Janeiro de 2020
- DGSa. (10 de Fevereiro de 2015). *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais*. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0252013-de-24122013-pdf.aspx>
- DGSb. (6 de Agosto de 2015). *Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes*. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202014-de-30122014-pdf.aspx>
- DGSc. (Janeiro de 2015). *Medicamentos de alerta máximo*. Obtido de https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/noc_meds-alerta-maximopdf-pdf.aspx
- Diário da República*, 2.^a série - n.º 135 -16 de julho de 2018. (s.d.). Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Diário da República*, 2.^a série - N.º 35 - 18 de fevereiro de 2011. (s.d.). Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8180/regulamento-124_2011_competenciaspecificenfpressoasituacaocritica.pdf
- Diário da República*. (1998). *Decreto-lei n.º 104/98*, . Obtido de <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/70963975/201905111206/72827138/element/diploma>
- Dias, L. J. (2014). Sistema de Melhoria Continua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Um Modelo constutivo no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca EPE. *Rev Clin Hospital Pr Dr. Fernando Fonseca* , 39-40.
- Donato , H., & Donato, M. (2019). Etapas na condução de uma Revisão Sistemática . *Revista Científica da Ordem dos médicos* , 228-235.
- ERS. (2017). Segurança do doente. Entidade Reguladora da Saúde.
- Esteves , A., Soares , A., Fernandes , J., Rodrigues, J., & Cruz , P. (10 de Fevereiro de 2016). *Gestão do Risco em Saúde: Risco Clínico e Não Clínico - Manual de Procedimentos* .
- Ferreira, C. (2015). *Gestão em Enfermagem e Formação em Serviço: Tecnologias de Informação e padrão de Qualidade*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

- Fortin, M.-F. (1999). *O Processo de Investigação. Da Concepção à realização*. Lisboa : Lusociência .
- Godinho , L. F., Carreira, C., & Martins , C. (2018). Medicamentos Look-Alike, Sound-Alike Um Velho Conceito Sempre em Atualização. *Revistada Sociedade Portuguesa de Anestesiologia* , 20-24.
- Härkänen, M., Turunem, H., Saano, S., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2015). Detecting medication errors: analysis based on a hospital's incident reports. . *nternational Journal of Nursing Practice*, 141-146.
- Higgins, & Greens. (janeiro de 2020). *Cochrane handbook of systematic reviews of interventions*. Obtido de <https://training.cochrane.org/handbook/current/chapter-i>
- Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). *Metodologias do planemaneto de saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Jesus, A., & Sonia Ferreira. (2012). O risco da similaridade das embalagens na dispensa de medicação em Farmácia Comunitária. Porto: Escola Superior de Tecnologia e Saúde do Instituto Politécnico do Porto.
- Kimura , L., & Assis, M. (2013). Erros de medicação: intervenções adotadas pelos enfermeiros de educação continuada. *Enfermagem Brasil*, 30-36.
- Lúcio, G. (2013). *Relatório de Mestrado* . Setúbal : Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal .
- Larrabee, J. H. (2011). *Nurse to Nurse: Prática Baseada em Evidências em Enfermagem*. Porto Algre: AMGH Editora.
- Leirias, A. (2016). *Intervenções de Enfermagem na Prevenção da Pneumonia associada à ventilação Mecânica Invasiva (VMI) em contexto de urgência*. Setúbal : Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.
- Martins, S. (2009). *Competências desejáveis dos supervisoes de ensino clínico: representações de alunos de enfermagem*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- McEwen , M., & Wills, E. M. (2009). *Introdução à teoria - Filosofia,Ciência e Enfermagem*. Bases teóricas de Enfermagem.
- Ministério da Ciência, tecnologia e Ensino Superior (MCTES). (2016). Decreto-lei n.º63 de 13 de setembro de 2016. *Diário da República*, 1.º série, n.º 176, 3159-3191.

- MCTES. (16 de Agosto de 2018). Decreto-Lei n.º65/2018. Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Diário da República*, 1.ª série, n.º157.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: development and progress*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mieiro, D., Oliveira, E., Fonseca, R., Mininel, V., Zem-Mascarenhas, S., & Machado, R. (2018). Estratégias para minimizar erros de medicação em unidades de emergência: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*.
- Mira, L., & Martins, S. (2018). Medicamentos Potencialmente Perigosos: Como Garantir a sua segurança no Hospital. *Gazeta Médica*, 112-115.
- MS. (2015). Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro. *Diário da República*, 2.ª série, n.º28, 3882 - (2) - 3882 - (10).
- Nobre, P. J. (2015). *A Pessoa Com AVC submetida a fibrinólise: estudo retrospectivo do ano 2014*. Coimbra: Tese de Mestrado: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Nunes, L. (10 de Outubro de 2013). *Competências morais dos profissionais de Enfermagem*. Obtido de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4804/1/Competencias%20morais%20dos%20profissionais%20de%20enfermagem_LN%20Out%202013.pdf
- OE. (1998). *Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem*. Decreto-lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (com as introduções introduzidas pelo Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril).
- OE. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido em Janeiro de 2020, de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- OE. (Outubro de 2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- OE. (2018). *Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- OE. (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- OE. (10 de Março de 2015). *Perfil Competências Enfermeiro Gestor*. Diário da República, 2.^a série - N.º48 . Portugal .
- Oliveira, L. M., Queiros, P. J., & Castro, F. V. (2015). A competência Profissional dos enfermeiros. Um estudo em hospitais portugueses. *International Journal of development and educational Psychology, Revista de psicologia*, 143-158.
- Pereira, A. S. (2014). *Erro de medicação: circunstâncias da sua ocorrência na perspetiva do enfermeiro*. Coimbra .
- Peres, A. M., & Ciampone, M. H. (2006). Gerência e competências gerais do enfermeiro. *Texto contexto Enfermagem*, 492-499.
- Pournamdar, Z., & Zare, S. (2016). Survey of medication error factors from nurses' perspective. *Biol Med* .
- Rosário, E. (2018). *Comunicação e cuidados de saúde - comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos*. Lisboa: Universidade Aberta .
- Rosa , B. M., Neiva, H. M., Martins , M. A., & Anacleto, T. A. (2010). Erros de Medicação. *Pharmacia Brasileira* .
- Ruivo, M., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Colectânea descritivas de etapas. *Revista Percursos*, 8-38.
- Ruthes, R. M., & Cunha , I. C. (2008). Entendendo as competências para aplicação na enfermagem. *Revista Brasileira Enfermagem*, 109-112.
- Sackett , D., Rosenberg, W., Gray, J., Haynes, R., & Richardson, W. (1996). Evidence based medicin: what it is and what it ins't. *BMJ*, 71-72.
- Santi, M., Beck, C., Silva , R., Aozane, F., Machado , L., & Donaduzzi Daiany. (novembro de 2016). Sentimentos e Condutas de Trabalhadores de enfermagem diante do erro de medicação. *Revista de Enfermagem UFPE On line* . Obtido em janeiro de 2020, de <https://pdfs.semanticscholar.org/34ea/6eb7125acb29618189a2411d29a560fc0166.pdf>
- Serra, F., Ferreira, M., Torres, M., & Torres, A. (2010). *Gestão Estrategica - conceitos e práticas*. Lisboa: Lidel.
- Silva, A. S. (2014). *Gestão do Risco Clinico da segurança do doente. Contributos para a melhoria da qualidade dos cuidados em enfermagem*. Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa.

- Silva, S., Terra, M., & Correia, A. (2015). *Armazenamento de medicamentos num serviço clínico normas e sinalética e segurança* . Obtido de <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/2330/1/Armazenamento%20de%20Medicamentos.pdf>
- Simões, J. (2014). *Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem - A Perspetiva dos Enfermeiros Cooperantes*. Aveiro.
- Simón, A. (2018). Prevenção de erros de medicação na comunidade . *Centro de Informação do medicamento* .
- Sociedade Portuguesa de Acidentes Vasculares Cerebrais (SPAVC). (2013). *Hospital São Bernardino*. Obtido de: <http://static.lvengine.net/spavc2013/Imgs/pages/unidades%20de%20avc/SETUBAL.pdf>
- Sousa , P., & Mendes, W. (2014). *Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde (vol. 1)*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Terra, M., Correia , A., & Silva , S. (2015). Armazenamento de Medicamentos num serviço clínico normas e sinalética. *Encontro Histórias deSegurança do doente*. Lisboa: Unidade Vértebro-Medular/Unidade de Fraturas e Serviços Farmacêuticos do Hospital de S. José, Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE.
- Thompson, I., Melia, K., & Boyd, K. (2004). *Ética em Enfermagem* . Loures: Lusociência.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. Loures : Lusociência .
- Universidade de Évora . (2015). *NCE/14/01772 - Apresentação de Pedido corrigido - Novo ciclo de estudos*. Obtido de <https://www.ess.ips.pt/files/Apresenta%C3%A7%C3%A3o%20do%20pedido%20corrigido%20-%20Novo%20ciclo%20de%20estudos.pdf>
- Vale, E. (2009). Saberes e práxis em Enfermagem. *Escola Anna Nery, revista de Enfermagem* , 174-180.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação: O processo de Construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Síbaló Lda.

APÊNDICES

Apêndice I - Cronograma de atividades

Tabela 2 - Cronograma de atividades

Fase	Atividade	2019												2020			
		Setembro			Outubro			Novembro			Dezembro			Janeiro			
Diagnostico de situação	Reunião com a Enf. ^a orientadora entrevista exploratória																
	Reunião com a Enf. ^a Chefe de Serviço																
	Identificação da área de intervenção no serviço																
	Elaboração da SOWT																
	Definição do objetivo geral																
	Entrega da proposta de PIS																
	Pedido de parecer ao conselho Técnico Científico da Escola																
	Pesquisa Bibliográfica das recomendações nacionais e internacionais																
	Recolha das normas existentes no CHS																
	Realizar uma RSL																
Planificação/planeamento	Definição de objetivos específicos																
	Construção do cronograma																
	Definição de atividades e estratégias a desenvolver																
	Definição de meios necessários																
Execução	Identificar todos os medicamentos LASA e de alerta máximo de acordo com as normas de acordo com a norma da DGS n.º 14/2015																

[illegible]

Apêndice II – Plano da Sessão de Formação em Serviço

Plano de sessão de Formação em Serviço	
Tema da sessão: Segurança do doente - Medicamentos Look alike sound alike Local: Sala de Enfermagem do Serviço de Especialidades Médicas	Destinatários: Enfermeiros do Serviço de Especialidades Médicas Data: 4, 5 e 6 Hora: 16h Duração: 15 minutos Formador: Enfermeira Luísa da Costa
Objetivos gerais	
<ul style="list-style-type: none"> Partilhar conhecimento atualizado sobre o erro de medicação e estratégias de prevenção do erro associados aos medicamentos Look alike e sound alike 	
Objetivos específicos	
<ul style="list-style-type: none"> Refletir sobre a prática diária e os principais mecanismos de segurança para a prevenção do erro na utilização dos medicamentos Sensibilizar a equipa de enfermagem para o uso seguro da medicação Desenvolver conhecimento sobre a temática Divulgar as diretrizes da Direção Geral de Saúde; Promover práticas seguras na utilização do medicamento. 	
Conteúdos	
<ul style="list-style-type: none"> Segurança do doente Erro terapêutico Erro de medicação, erros mais comuns Estratégias de prevenção do erro Divulgação e uso seguro dos medicamentos LASA Medicamentos de Alerta máximo - medicamentos potencialmente perigosos 	
Metodologia e recursos	
Metodologia: método expositivo interativo, com esclarecimento de dúvidas	

Meios audiovisuais: computador
Avaliação
<ul style="list-style-type: none">• Discussão informal do tema com apresentação de diapositivos no seio da equipa de enfermagem, com partilha de ideias e identificação de comportamentos a melhorar na prática diária.• Questionário de avaliação da sessão de formação e da formadora.• Posteriormente averiguar no serviço, se alguma atitude tinha sido mudada, devido à realização desta sessão de formação.
Observações

Apêndice III – **Apresentação da Sessão de Formação em Serviço**

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Unidade de Acidentes Vasculares do Serviço de Especialidades Médicas do Centro Hospitalar de Setúbal

Projeto de Intervenção em Serviço:

Segurança do doente - Medicamentos look alike e sound alike



Docente: Professora Mariana Pereira

Orientador(a): Enfª Esp. em Enfermagem Médico Cirúrgica Marisa Biscaia

Discente: Luísa da Costa

Objetivos



Refletir sobre a prática diária e os principais mecanismos de segurança para a prevenção do erro na utilização dos medicamentos



Sensibilizar a equipa de enfermagem para o uso seguro da medicação



Desenvolver conhecimento sobre a temática



Divulgar as diretrizes da DGS



Promover práticas seguras na utilização do medicamento

A melhoria da segurança dos doentes é uma responsabilidade de equipa, que mobiliza as competências individuais de cada um dos seus elementos e implica a gestão sistémica de todas as atividades

Plano nacional de saúde 2015-2020

Segurança do doente

“ausência de dano não necessário real ou potencial, provocado pelos cuidados de saúde” (Campos, Saturno & Carneiro, 2010:22).

Plano Nacional de Segurança do Doente 2015-2020	Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno;
	Aumentar a segurança da comunicação;
	Aumentar a segurança cirúrgica;
	Aumentar a segurança na utilização da medicação;
	Assegurar a identificação inequívoca dos doentes;
	Prevenir a ocorrência de quedas;
	Prevenir a ocorrência de úlceras por pressão;
	Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes;
	Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos;

MS (2015b)

Erro terapêutico

- Erro terapêutico pode estar ligado a:

Medicação

Prescrição

Distribuição

Administração

Os erros de medicação e as suas consequências negativas constituem atualmente um grave problema de saúde pública. As consequências clínicas em meio hospitalar são mais graves em relação às que ocorrem em ambulatório devido à complexidade e à agressividade das terapêuticas instituídas.

(Anacleto et al., 2010; CHLC, 2015)

Erro de Medicação

- Evento evitável ocorrido em qualquer fase da terapia medicamentosa, que pode ou não causar danos ao paciente;
- A diminuição da prevalência destes incidentes e a sua prevenção são cruciais, tornando-se fundamental adotar práticas seguras na utilização de medicamentos

Erros mais comuns



Doente errado



Dose errada



Medicamento errado



Via de administração errada



Tempo de administração errado/omitido



Rotulagem errada

Confundir os nomes dos medicamentos é o erro de medicação que mais acontece no mundo.

- Segundo o sistema nacional de notificação de incidentes **13% são incidentes de medicação**

- Em Junho de 2011 no Hospital Garcia de Orta, em Almada, houve uma troca de medicamentos, o que fez com que dois doentes ficassem gravemente queimados



Uma abordagem internacional defendida para uma utilização segura do medicamento exige



Diminuição da prevalência dos erros de medicação e reações adversas

Através da adoção de medidas estruturais e processuais de prevenção

Mudanças organizacionais e comportamentais, quer dos profissionais e da população em geral, quer das instituições

Estratégias de prevenção do Erro

- **Prescrição eletrônica**
- **Ambiente** tranquilo
- Condições físicas do serviço
- Respeito pelas regras
- **Localização** da terapêutica no stock
- **Reflexão** sobre o erro

Lobo (2008)

- Sensibilizar a **notificação**
- Implementar ferramentas tecnológicas
- **Resguardar** medicamentos de alto risco
- **Prescrição verbal** apenas em **emergência**
- Implementar **dupla verificação** nos cálculos
- Instalar sistema de **dose unitária**
- Utilizar **armazenamento identificado e estruturado**
- Padronização do uso de bomba e seringa infusora
- Cumprir protocolos de serviço
- Verificação dos **5 certos**

Belela, Peterlini & Pedreira (2011)

- Norma 020/2014 - Medicamentos **LASA**
- Norma 014/2015 – Medicamentos de **alerta máximo**
- Plataforma **notific@**

DGS

Práticas seguras na utilização de medicamentos



Identificação do doente;



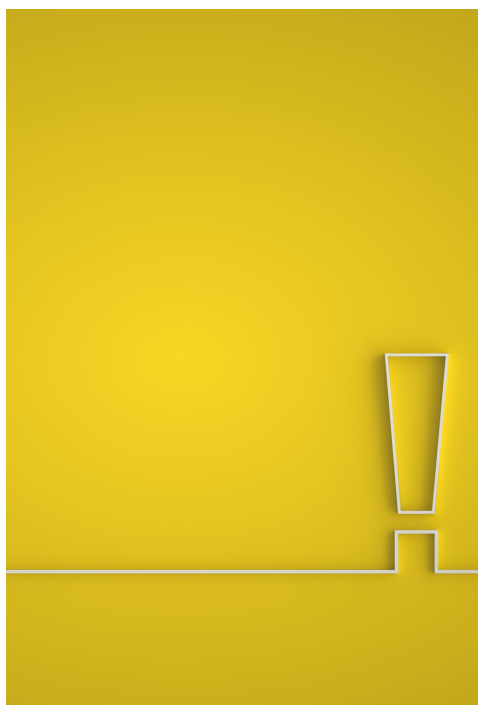
Divulgação e uso seguro de medicamentos LASA
“Look a like” e sound-alike”



Uso seguro de medicamentos de alerta máximo, conhecidos também por medicamentos potencialmente perigosos (MPP) ou de alto risco




Prevenção e controlo de infeção na preparação e administração de medicamentos endovenosos



Identificação do doente

- Orientação da DGS n.º 018/2011 de 23/05/2011
- Confirmar a identidade do doente antes de realizar cada acto;
- Se não for possível determinar com segurança a identificação do doente não realizar o acto;
- Utilizar sempre mais do que um dado de identificação inequívoca;
- Perguntar qual o nome do doente, para que seja ele a identificar-se
- Não assumir que o doente que está numa cama é o doente certo.



Divulgação e uso seguro de medicamentos LASA “Look - alike” e sound-alike”

Norma nº.020/2014 de 30/12/2014 atualizada a 14/12/2015 - Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes

Medicamentos LASA

- Medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante que podem ser confundidos uns com os outros, originando troca de medicamentos.
 - Medicamentos com aspeto ou ortografia semelhante – medicamentos look-alike;
 - Medicamentos foneticamente semelhante – medicamentos sound-alike.”

(DGS, 2015)



Medicamentos LASA

- Um em cada 4 erros de medicação estão associados aos medicamentos LASA
- Fatores que contribuem para a confusão e troca entre os nomes de medicamentos
 - Semelhança na aparência da embalagem ou do rótulo
 - Baixa legibilidade de prescrições
 - Desconhecimento de nomes de novos medicamentos
 - Coincidência de formas farmacêuticas, doses e intervalos de administração

(DGS, 2015)



Exemplos de medicamentos LASA

Lista de Medicamentos LASA de acordo
com a norma Norma nº.020/2014 de
30/12/2014 atualizada a 14/12/2015

MEDICAMENTOS LIA		MEDICAMENTOS LIA	
Aciclovir	GANAciclovir/ VALAciclovir/ VALGANAciclovir	ANALFIVIS	ANALFIVIS
ácido fólico	ácido fóliNico	SONFIVIS	SONFIVIS
aDRENAlina	aTROpina	STIVIS	STIVIS
Alfentanilo	fentanilo/ SUFentanilo	IVCIVIS	IVCIVIS
amBURENol	hioPENSidol	IVCIVIS	IVCIVIS
amIKOFILina	amIDARONa/ amLODIPina	IVCIVIS	IVCIVIS
amITRIPTilina	NORitriptilina	IVCIVIS	IVCIVIS
anfetorina B	anfetorina B LIPOSSOMICA	IVCIVIS	IVCIVIS
asTROPIRina	asACIDIBina	IVCIVIS	IVCIVIS
BETAmetasona	DEXAmetasona	IVCIVIS	IVCIVIS
BUPivacaína	LEVObupivacaína/ ROPivacaína/ MEPIvacaína	IVCIVIS	IVCIVIS
caLCITRIol	caRVEDilol	IVCIVIS	IVCIVIS
CARBAMazepina	OXCARbamazepina	IVCIVIS	IVCIVIS
cicloSPORINA	cicloFOSFAMIDA	IVCIVIS	IVCIVIS
citalopram	Escitalopram	IVCIVIS	IVCIVIS
cILARITOMICina	CIPROfloxacin	IVCIVIS	IVCIVIS
clomPRAMINA	clomPRAMAZina/ ClomFENO	IVCIVIS	IVCIVIS
clomNaxepam	Clazepam/ LORazepam/ OXazepam	IVCIVIS	IVCIVIS
clonIDINA	clonZAPina	IVCIVIS	IVCIVIS
clorOPROMAZINA	clorDIAZEPÓXIDO	IVCIVIS	IVCIVIS
CLOROQUINA	QUINina	IVCIVIS	IVCIVIS
DOBUTamina	DOFamina	IVCIVIS	IVCIVIS
DULoxetine	FLUoxetine/ PARoxetine	IVCIVIS	IVCIVIS
fluVOXAMina	fluFENAZina*	IVCIVIS	IVCIVIS
geMCITABina	geNTAMICina	IVCIVIS	IVCIVIS
gIBENCILAMida	gIPiZidol/ gIMEPIRIDa/ gICLAZida	IVCIVIS	IVCIVIS
hidRALAZina	hidroxizina	IVCIVIS	IVCIVIS

Lista de Medicamentos LASA de acordo
com a norma Norma nº.020/2014 de
30/12/2014 atualizada a 14/12/2015

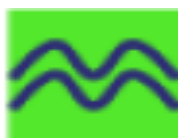
MEDICAMENTOS USADOS PREDOMINANTEMENTE NO TRATAMENTO DO CÂNCERO	
ABCiximab	CETuximab/ INFLiximab/ RITuximab
BEVAcicumab	TRASTuzumab
CARBOplatina	CISplatina/ OXALiplatina
CICLOfosfamida	Ifosfamida
DASAtinib	LAPAtinib/ SORAtinib/ SUNitinib
DAUNOrubicina	DOXOrubicina/ EPIrubicina/ IDArubicina
DOCEtaxel	PACLi taxel
mitOMICina	mitOXANTROna
vinBLAstina	vinCRistina/ vinORELBina
MEDICAMENTOS ANTIBACTERIANOS	
CEFALOSPORINAS	CefAZOLINA
	CefOXITINA
	CefTAZIDIMA
	CefTRIAxONA
	CefOTAXIMA
	CefEPIMA
QUINOLONAS	CefALEXINA
	CIPROfloxacina
	LEVOfloxacina
	MOXifloxacina
	NORfloxacina
	Ofloxacina

A DGS segundo a norma nº.020/2014 de 30/12/2014
atualizada a 14/12/2015 sugere:

- Elaborar e divulgar a lista LASA da Instituição;
- Parametrizar alertas nas aplicações informáticas;
- Estratégias ao nível do armazenamento através de:
 - Armazenar separadamente (gavetas para evitar mistura)
 - Sinalizar com cores, negrito ou grafismo diferente
- Medidas de diferenciação dos Medicamentos LASA na sua identificação escrita, incluindo rotulagem através de:
 - Alteração do grafismo na denominação aplicando o método de inserção de letras maiúsculas (Tall Man lettering);
 - Utilização de cores, negrito ou outros.

(DGS, 2015)

Proposta de sinalética para o SEM do CHS



Medicamentos de Diluição
Obrigatória



Medicamentos com
dosagens diferentes e
fórmulas terapêuticas
diferentes (oral E
Endovenoso)















Medicamentos de Alerta
Máximo/potencialmente
Perigoso











Medicamento LASA

Exemplos de sinalética LASA

   PIPERACilina + Tazobactam 2g + 0,25g	   PIPERACilina + Tazobactam 4g + 0,5g
   propOFol 1% (10 mg/ml) IV	   propOFol 10 mg/mL IV

Medicação endovenosa – fundo vermelho

  ácido VALpróico 200mg comp.	  ácido VALpróico 500mg comp.
  Aciclovir 200mg comp.	  amoxicilina + ácido CLAVULÂNICO (500+125mg) comp.

Medicação Oral – fundo amarelo

Medicamentos de Alerta Máximo – Medicamentos Potencialmente Perigosos = ALTO RISCO

“Medicamentos que possuem um risco aumentado de provocar dano significativo ao doente em consequência de falhas no seu processo de utilização.”

(DGS, 2015)

Danos mais comuns
causados por erros de
administração de
medicamentos de
alerta máximo:



Eventos hemorrágicos;



Hipotensão;



Depressão respiratória e sonolência;



Hipoglicémia;



Delírio;



Letargia;



Bradicardia

Lista de Medicamentos de Alerta Máximo

Segundo a norma da DGS n.º014/2015 de
06/08/2015

CLASSES DE MEDICAMENTOS	EXEMPLOS
Agonistas adrenérgicos intravenosos	adrenalina, dobutamina, dopamina, isoprenalina, noradrenalina
Antagonistas adrenérgicos intravenosos	esmolol
Anestésicos gerais administrados por via inalatória e intravenosos	cetamina, desflurano, etomidato, isoflurano, propofol, sevoflurano
Antiarrítmicos intravenosos	adenosina, amiodarona, atropina, flecainida, vernacalant
Inotrópicos intravenosos	digoxina, milrinona
Sedativos intravenosos de ação moderada	dexmedetomidina, midazolam
Sedativos de ação moderada, para crianças	hidrato de cloral
Bloqueadores neuromusculares	cloreto de suxametônio, atracúrio, cisatracúrio, pancurônio, rocurônio, vecurônio
Análogos da vasopressina intravenosos	desmopressina, terlipressina

Lista de Medicamentos de Alerta Máximo

Segundo a norma da DGS n.º014/2015 de
06/08/2015

AGENTES ANTITROMBÓTICOS	
Anticoagulantes	varfarina, heparina não fracionada, heparinas de baixo peso molecular
Inibidores do fator Xa	fondaparinux sódico, apixabano, rivaroxabano
Inibidores diretos da trombina	bivalirudina, dabigatranó etexilato
Trombolíticos	alteplase, reteplase, tenecteplase
Inibidores da glicoproteína IIb/IIIa	abciximab, eptifibatida, tirofibanó

Lista de Medicamentos de Alerta Máximo
Segundo a norma da DGS n.º014/2015 de
06/08/2015

OUTRAS CLASSES

Soluções cardioplégicas

Citotóxicos de uso parenteral ou oral

Soluções para diálise peritoneal e soluções para hemodiálise

Medicamentos para administração por via epidural ou intratecal

Insulinas (subcutâneas e intravenosas) e antiabéticos orais

Lista de Medicamentos de Alerta Máximo
Segundo a norma da DGS n.º014/2015 de
06/08/2015

MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS

Água estéril para inalação e irrigação, em embalagens de volume igual ou superior a 100 ml

Cloreto de sódio hipertónico (superior a 0.9%), solução injetável

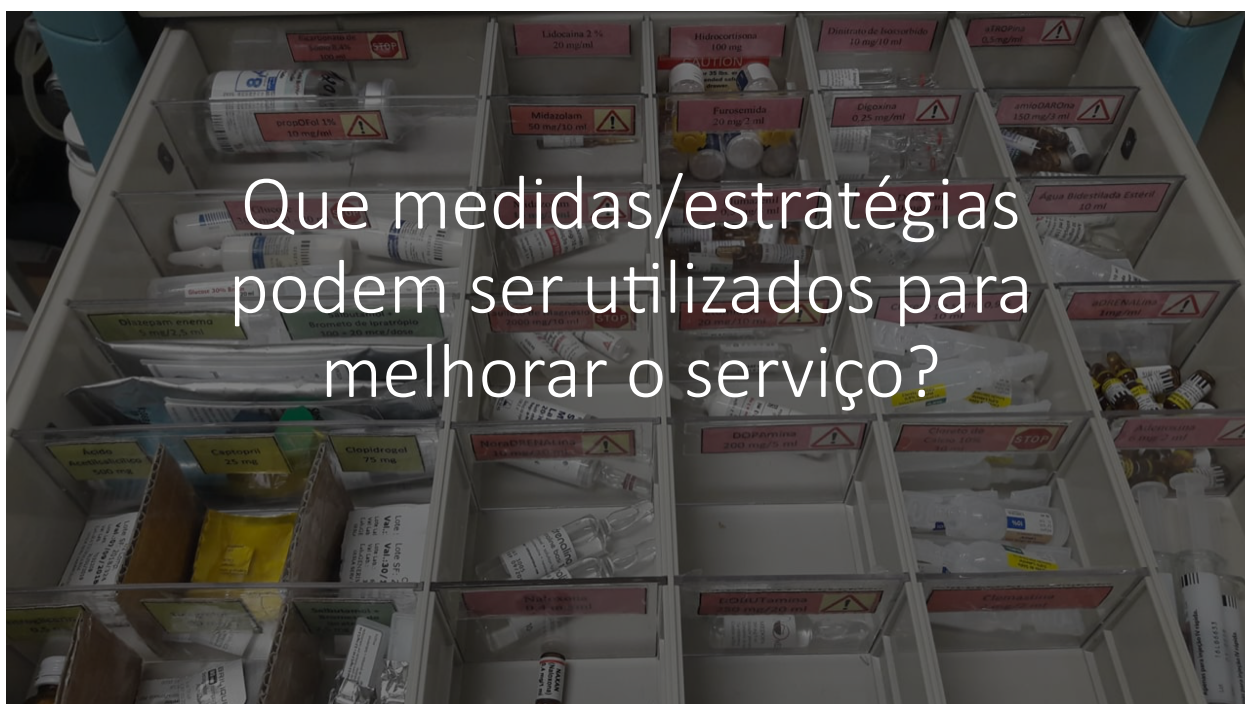
Glicose hipertónica (20% ou superior), solução injetável

Cloreto de potássio concentrado para solução para perfusão

Fosfato monopotássico, solução injetável

Sulfato de magnésio, solução injetável

Anfotericina B (forma lipossómica e convencional)



A DGS segundo a norma n.º014/2015 de 06/08/2015 recomenda:



PADRONIZAR O ACESSO AOS MEDICAMENTOS DE ALERTA MÁXIMO;



SINALIZAR OS MEDICAMENTOS, PARA QUE SE DESTAQUEM DOS RESTANTES;



LIMITAR O N.º DE APRESENTAÇÕES E DE CONCENTRAÇÕES DE MEDICAMENTOS DE ALERTA MÁXIMO: HEPARINAS, MORFINAS, INSULINAS E INOTRÓPICOS INTRAVENOSOS;



DEFINIR PROCEDIMENTOS DE UTILIZAÇÃO ADEQUADA DAS BOMBAS DE PERFUSÃO;



GARANTIR AS CONCORDÂNCIA ENTRE A FORMA COMO SE EXPRESSÃO AS DOSES PRESCRITAS, OS REGISTOS DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E AS OPÇÕES DE PROGRAMAÇÃO DAS BOMBAS DE PERFUSÃO;

Bibliografia

- Godinho, L., Carreira, C., Martins, C. (2018). Medicamentos *Look-Alike, Sound-Alike*: Um Velho Conceito Sempre em Atualização. Revista da Sociedade Portuguesa de anesthesiologia . Artigo de revisão. <http://revistas.rcaap.pt/anesthesiologia> VOL. 27 - No 3 - 2018
- CHLC (2015). Encontro Histórias da Segurança do Doente; 2015, 1 Out. Lisboa, Portugal <http://hdl.handle.net/10400.17/2330>
- Anacleto, T.; Rosa, M.; Neiva, H. & Martins, M. (2010, janeiro/fevereiro). Erros de Medicação. Revista Pharmacia Brasileira, 1-18.
- MS (2015). Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de fevereiro. *Diário da República*, 2ª série, nº 28, 3882-(2) – 3882-(10)
- DGS (2015). Medicamentos de Alerta Máximo. Norma 014/2015 de 06/08/2015, atualizada a 14/12/2015.
- DGS (2015). Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes. Norma 020/2014 de 30/12/2014, atualizada a 14/12/2015.

Apêndice VI – Revisão Sistemática da Literatura

ARTIGO DE REVISÃO

ESTRATÉGIAS DE ENFERMAGEM PARA PREVENIR O ERRO DE MEDICAÇÃO *LOOK A LIKE SOUND ALIKE*: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Autora: Luísa da Costa

Orientadora Clínica: Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica Marisa Biscaia

Docente Orientadora: Professora Mariana Pereira

RESUMO

Objetivo: identificar estratégias de enfermagem que previnem o erro de medicação associados aos medicamentos *look alike sound alike* (LASA), através da procura de evidência científica, mais recente.

Metodologia: realização de uma revisão sistemática da literatura. Utilizou-se a metodologia The *Joanne Briggs Institute* usando as palavras-chave: erro and medicação; enfermagem and erro and medicação; prevenção and erro and medicação; segurança and erro and medicação; estratégias and erro and medicação; estratégias and medicação and *look alike sound alike*; erro and medicamentos *look alike and sound alike* na plataforma de pesquisa EBSCOhost®, onde foram selecionadas as bases CINAHL Complete e MedicLatina e, na biblioteca de conhecimento online B-On onde foram selecionadas as bases RCCAP e Scielo. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 5 artigos, sendo os dados recolhidos e agrupados em quadros e posteriormente analisados e categorizados.

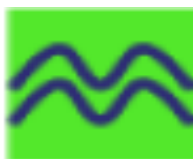
Conclusão: os erros de medicação e as suas consequências constituem um grave problema de saúde pública, tendo sido identificadas um conjunto de estratégias de enfermagem, das quais se destacam a Educação e formação dos profissionais de saúde ; Utilização de novas tecnologias; Medidas de diferenciação dos medicamentos LASA e utilização de código de barras que para além de prevenirem o erro de medicação LASA revelam-

se eficazes para detetar a possibilidade de erro precocemente, melhorando a segurança do doente. Releva-se, contudo, a necessidade de mais investigação sobre a temática, direcionada para uma análise mais pormenorizada das estratégias a nível nacional.

Palavras Chave: Erros de Medicação; Medicamentos *Look alike e sound alike*; Estratégias de Enfermagem; Prevenção.

Apêndice V – Proposta de armazenamento de medicação *look alike sound alike*

LEGENDA



Medicamentos de Diluição Obrigatória



Medicamentos de Alerta Máximo/potencialmente Perigoso



Medicamentos com dosagens diferentes e fórmulas terapêuticas diferentes (oral E Endovenoso)



Medicamento LASA

Medicação via oral

Medicação LASA via oral













Medicação LASA e de alerta máximo endovenosa




























Medicação Endovenosa
























Medicação Transdérmica


































Medicação Inalatória



Medicação Tópica



acetilcisteína 600mg	 ácido AMINOCApróico 300mg
 ácido ACETILSALICÍ-LICO 500mg	 ácido fóLico 5mg
 ácido ACETILSALICÍ-LICO 100mg	Nistatina
  ácido VALpróico 200mg	  ácido VALpróico 500mg
  Aciclovir 200mg	  amoxicilina + ácido CLAVULÂNICO 500+125mg
amoxicilina 500mg	 METOCLOpramida 10mg
alfaCALCIDol 0,25 mcg	 aloPURINol 300mg
ALPRazolam 0,5 mg	  amiNOFILina 225mg
  amioDAROna 200 mg	ateNOlol 100mg
 amiTRIPTilina 25mg	 amLODIPina 5mg
bisacodilo 5 mg	 bisoPROlol 5 mg
caLCITRIol 0,25mg	 cinacalcet 60mg
	 cinacalcet 30mg












 biso PRO lol 2,5 mg	
 CARBAM azepina 200mg	BICARBONATO de cálcio 500mg
  ca RVED ilol 6,25 mg	  ca RVED ilol 25 mg
	 CAPTO pril 25mg
 cef UROXIMA 500mg	 c LARITROM icina 250 mg
 clo NID ina 0,15mg	CLON ixina 300mg
BROM azepam 3mg	complexo B + cálcio
clopidogrel 75mg	
  D iazepam 10 mg	  D iazepam 5mg
 Diclofenac 50mg	  DIGOX ina 0,125mg
  DIGOX ina 0,25mg	 DILT azem 60mg
 DINITRATO isossor-bido 20mg	dom PERI dona 10mg
 ENALA pril 20mg	  ESO meprazol 20mg
  espiro NO lactona 100mg	 fe NITOINA 100mg

































  espiro NO lactona 25mg	
 flu OXETINA 20mg	 furosemida 40mg
 flu CLOXACILINA 500mg	 flu CO nazol 50mg
 GABA entina 300mg	 gli CA zida 80mg
	 hidr OXI zina 25mg
 IBU profeno 200mg	 IBU profeno 400mg
levodopa + carvidopa 100+25mg	LEVO tiroxina 100mcg
 LISIN opril 20mg	LOPE ramida 2mg
  LOR azepam 1mg	  LOR azepam 2,5 mg
mel PER ona 25mg	  me TAM izol mag-nésico 575 mg
   Cloreto de PO-TÁSSIO 600mg	meto PRO lol100mg
MONONITRATO isossorbido 20mg	multivitaminas + sais minerais
NAP roxeno 500mg	  ni FE dipina 30mg





  ni FE dipina 60mg	
  ni FE dipina 5mg	 NITRO glicerina 0,5mg
  OX azepam 15mg	  OX azepam 50mg
 paracetamol 500mg	PENTO xifilina 400mg
  predeniso L Ona 5mg	  predeniso L Ona 20mg
  RAM ipril 1,25mg	  RAM ipril 5mg
 QUET iapina 25mg	 LEVET iracetam 500mg
SER tralina 50mg	SINVAS tatina 20mg
 sulfato ferroso 329,7mg	 TIA prida 100mg
 sulfametoxazol + trime-toprim (400+80mg)	 Varfarina 1,25mg
 Varfarina 2,5mg	
  tra MADOL 50mg	  tra MADOL 100mg
  VAR farina 5mg	CLINDA micina 150mg
Sevelamero 800mg	  OLANZ apina 5mg








 	OLANZ apina10mg	
---	------------------------	--



	Aciclovir 250mg		MERO penem 1000mg
	acetisalicilato de lisina 900mg		ácido VAL próico 400mg/4mg
	ácido AMINOCA próico 2,5/10ml		a DRENAL ina 1 mg/ml
	água destilada 10 ml		alfacalcidol 2mg/0,5ml
	benzilpenincilina POTÁSS ica 1MUI		butilesclopamina 20mg/ml
	benzilpenincilina SÓD ica 1 MUI		bicarbonato de sódio 84mg/ml
	citrato de sódio 30mg rectal		clemastina 2mg/2ml
	cloro PROMAZ ina 25mg/ 5ml		cloro PROMAZ ina 50mg/2ml
	AZITRO micina 500mg		cef AZOLINA 1000mg
	cef OTAXIMA 1000mg		cef OXITINA 1000mg
	cef TAZIDIMA 1000mg		cef TRIAZONE 1000mg

 AMO xicilina +ácido CLAVULÂNICO 1.200mg	 AMO xicilina +ácido CLAVULÂNICO 2.200mg
 cef UROXIMA 750mg	 CIPROF loxacina 200mg/100ml
 CLARITRO micina 500mg	 FLUC loxacilina 500mg
 VANCO micina 1000mg	 VANCO micina 500mg
 FLU conazol 100mg/50ml	 LEVO floxacina 5mg/ml (100ml)
 AMICA cina 500mg/2ml	 AMPI cilina 500mg
 ami NOFIL ina 240mg/10ml	  amio DARO na 150 mg/3ml
  a TROP ina 0,5 mg/ml	BICARBONATO de sódio 84 mg/ml
 ceterolac 10mg	 ceterolac 30mg
  CLORETO de sódio 200mg/ml	cloreto de sódio 9 mg/ml


 DEXA metasona 4mg/ml	 DEXA metasona 5mg/ml
 diclofenac 75mg/2ml	 fosfato monopotássico 13mg/ml
  DIGO xina 0,25mg/ml	 FUROSE mida 20mg/2ml
 DINITRATO isossorbido 10mg/10ml	  DOP amina 200 mg/5ml
  ENOXA parina só- dica 40mg/0,4ml SC	  ENOXA parina sódica 60mg/0,6ml SC
  ENOXA parina só- dica 80mg/0,8 ml SC	 ESOME prazol 40 mg
fitomenadiona 10mg/ml	  fenitoína 250mg/5ml
  Diazepam 10 mg/ml	flumazenilo 0,1mg/ml
 GENTA micina 80mg/2ml	  GLUCO nato de cálcio 97mg/ml
  hal OPERIDOL 5mg/ml	  glucose 300mg/ml
  HIDRO cortisona 100mg	IMIP enem cilastatina 500 mg
 heparina Sódica	 met AMIZol

	magnésico 2gr/5ml
 METIL predenisolona 1000 mg	 meto CLO pramida 10mg/2ml
 METIL predenisolona 125mg/2ml	
 labe TA lol 100mg/20ml	 MID azolam  15mg/3ml
 paracetamol 10mg/ml(100ml)	 ONDAN setron 8mg/4ml
 levetiracetam  100mg/ml	 óxido férrico sacarosado 100mg/5ml
 PENTO xifilina  100mg/5ml	
 PIPERA cilina + Tazobactam 2g + 0,25g	  PIPERA cilina +  Tazobactam 4g + 0,5g
  prop OF ol 10mg/ml 	  prop OF ol 10mg/ml 
ranitidina 50mg/2ml	 sulfato magnésio  2000mg/10ml
 sulfametoxazol + tri- metorpim 400/80mg	tia MINA 100mg/2ml
 tiaprida 100mg	  tra MAD ol  100mg/2ml
 me TRON idazol	cianocobalamina





5mg/ml	1000 g/ml
  alteplase 50mg	  alteplase 10mg
 Lidocaina 20mg/ml	 Lidocaina 10mg/ml
 Lidocaina 2% - 20mg	

brometo de ipratró- pio 250 µg/ml	 sal BUTAM ol 100 µg
 sal BUTAM ol 5mg/ml	beclometasona 250µg
brometo de ipratró- pio 20 µg	

 Nitroglicerina 10mg	 Nitroglicerina 5mg
--	---












linovera	lidocaína 20mg – gel
bacitracina	 Sulfadiazina de prata
lidocaína estéril 6ml	hidrogel

thrombocid	óxido de zinco
vaselina esterilizada	vitamina A – Halibut
iopovidona pomada	gelatina 78mg
benzidamina 1,5mg/ml	spongastan
Dagragerl 78mg/6,5mg	Sorbitol Rectal Enema

	Hidrocolóides 10x10
	Hidrocolóides 15x15
	Hidrocolóides 20x20
	Gaze vaselinada
	Gaze com iopovidona
	Carvão ativado
	Alginato de cálcio sem rebordo
	Tielle 18x18



cloreto de SÓDIO 20% 200mg/ml	cloreto de POTÁSSIO 7,5% (75mg/ml)
Cetamina 500mg/10ml	
Fentanilo 25 µg/h	Fentanilo 0,25mg/5ml
Fenobarbital 0,1g	Fentanilo 0,05mg/ml
Fentanilo 100 µg/h	Fentanilo 12 µg/h
Fentanilo 50 µg/h	Fentanyl 200 µg
Flumazenil 0,1/ml	HIDRO morfona 32mg
HIDRO morfona 8mg	Metilfenidato 10mg
Morfina 10mg /ml	MST - 1

 MST – 10	 MST – 3
 MST – 6	 nalOxona 0,4mg/ml
 Sulfato de morfina 10mg/5ml	 Sulfato de morfina 20mg/1ml
 Tapentadol 100mg	 Tapentadol 50mg
 Transtec 52,5 µg/h	 Trasntec 35 µg/h
 Transtec 50 µg/h	

Lista Medicação ORAL

- | | |
|---|-----------------------------------|
| 1. Acetilcisteína 600mg | 22. Captopril 25mg |
| 2. Aciclovir 200mg | 23. Carbamazepina |
| 3. Ácido acetilsalicílico 100mg | 24. Carbonato de cálcio 500mg |
| 4. Ácido acetilsalicílico 500mg | 25. Carvedilol 25mg |
| 5. Ácido aminocaproico 300mg | 26. Carvedilol 6,25mg |
| 6. Ácido fólico 5mg | 27. Cefuroxima 500mg |
| 7. Ácido valproico 200mg | 28. Cinacalcet |
| 8. Ácido valproico 500mg | 29. Cinacalcet 30mg |
| 9. Alfacalcidol 0,25mcg | 30. Claritromicina 250mg |
| 10. Alopurinol 300mg | 31. Clindamicina 150mg |
| 11. Alprazolam 0,5mg | 32. Clonidina 0,15mg |
| 12. Aminofilina 225mg | 33. Clonixina 30mg |
| 13. Amiodarona 200mg | 34. Clopidrogel 75mg |
| 14. Amitriptilina 25mg | 35. Cloreto de potássio 600mg |
| 15. Amlodipina 5mg | 36. Complexo B + cálcio |
| 16. Amoxicilina 500mg | 37. Diazepam 10mg |
| 17. Amoxicilina 500mg + ácido clavulânico 125mg | 38. Diazepam 5mg |
| 18. Atenolol 100mg | 39. Diclofenac 10mg |
| 19. Bisacodilo 5mg | 40. Digoxina 0,125mg |
| 20. Bisoprolol 5mg | 41. Diltiazem 60mg |
| 21. Calcitriol 0,25mg | 42. Dinitrato de isossorvido 20mg |
| | 43. Domperidona 10mg |
| | 44. Enalapril 20mg |
| | 45. Esomeprazol 20mg |

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 46.Espironolactona 100mg | 71.Mononitrato de issossor- |
| 47.Espironolactona 100mg | bido 20mg |
| 48.Espironolactona 25mg | 72.Multivitaminas + sais mine- |
| 49.Fenitoina 100mg | rais |
| 50.Flucloxilina 500mg | 73.Naproxeno 500mg |
| 51.Fluconazol 50mg | 74.Nifedipina 30mg |
| 52.Fluoxetina 20mg | 75.Nifedipina 5mg |
| 53.Furosemida 40mg | 76.Nifedipina 60mg |
| 54.Gabapentina 300mg | 77.Nistatina oral 30ml |
| 55.Glicazida 80mg | 78.Oxazepam 15mg |
| 56.Hidroxizina 25mg | 79.Oxazepam 50mg |
| 57.Ibuprofeno 200mg | 80.Paracetamol 500mg |
| 58.Ibuprofeno 400mg | 81.Pentofxifilina 400mg |
| 59.Lactulose 15ml | 82.Predenisolona 20mg |
| 60.Levetiracetam 500mg | 83.Predenisolona 5mg |
| 61.Levodopa +carvidopa
(100+25mg) | 84.Quetipina 25mg |
| 62.Levotiroxina 100mcg | 85.Ramipril 1,25mg |
| 63.Lisnopril 20mg | 86.Ramipril 5mg |
| 64.Loperamida | 87.Sertralina 50mg |
| 65.Lorazepam 1mg | 88.Sevelamero 600mg |
| 66.Lorazepam 2mg | 89.Sinvastatina 20mg |
| 67.Meperona 25mg | 90.Sucralfato 1000mg/5ml |
| 68.Metamizol de magnésio
575mg | 91.Sulfametoxazol + trimetor-
pim (400+80mg) |
| 69.Metoclopramida 10mg | 92.Sulfato ferroso 325mg |
| 70.Metoprolol 100mg | 93.Tiaprida 100mg |
| | 94.Tramado 50mg |
| | 95.Tramadol 100mg |

96. Varfarina 5mg

97. Bromazepam 3mg

Lista de medicamentos injetáveis

- | | |
|---|--|
| 1. Acetilsalicilato de lisina
900mg | 20.Cefoxitina 1000mg |
| 2. Ácido valpróico 400mg/4ml | 21.Ceftazidima 1000mg |
| 3. Adrenalina 1mg/ml | 22.Ceftriaxona 1000mg |
| 4. Água destilada 10ml | 23.Cefuroxima 750mg |
| 5. Amicacina 500mg/2ml | 24.Ceterolac 10mg |
| 6. Aminofilina 240mg/10ml | 25.Ceterolac 30mg |
| 7. Amiodarona 150mg/3ml | 26.Ciprofloxacina
200mg/100ml |
| 8. Amiodorona 150mg/3ml | 27.Citrato de sódio 30mg |
| 9. Amoxicilina + ácido clavu-
vulânico 1,200 | 28.Claritromicina 500mg |
| 10.Amoxicilina + ácido clavu-
lânico 2,200 | 29.Clemastina 2mg/2ml |
| 11.Ampicilina 500mg | 30.Cloreto de sódio 200mg/ml |
| 12.Aziromicina 500mg | 31.Cloreto de sódio 9mg/ml |
| 13.Benzilpeninicilina potássica
1MUI | 32.Cloropromazina 25mg/5ml |
| 14.Penincilina sódica 1MUI | 33.Cloropromazina 50mg/2ml |
| 15.Levetiracetam 100mg/ml | 34.Dexametasona 4mg/ml |
| 16.Bicarbonato de sódio
84mg/ml | 35.Dexametasona 5mg/ml |
| 17.Butilesclopamina
20mg/1ml | 36.Diazepam 10mg/2ml |
| 18.Cefazolina 1000mg | 37.Diclofenac 75mg/2ml |
| 19.Cefotaxima 1000mg | 38.Dinitrato de issossorbido
10mg/ 10ml |
| | 39.Dopamina 200mg/5ml |
| | 40.Esomprazol 40mg |
| | 41.Fenitoina 250mg |
| | 42.Fitomenadiona 10mg/4ml |

- | | |
|---|--|
| 43. Flucloxacilina 500mg | 65. Pentoxifilina 100mg/5ml |
| 44. Fluconazol 2mg/ml | 66. Piperacilina + tazobactam
4000mg + 500mg |
| 45. Fosfato monopotássico
13mg/ml | 67. Piperacilina + tazobactam
2000mg + 250mg |
| 46. Furosemida 20mg/2ml | 68. Propofol 1% |
| 47. Gentamicina 80mg/2ml | 69. Ranitidina 50mg/2ml |
| 48. Gluconato de cálcio
97mg/ml | 70. Sulfametoxazol + trimetor-
pim 400mg/80mg |
| 49. Glucose 30% (20ml) | 71. Sulfato de magnésio 20% |
| 50. Haloperidol 5mg/ml | 72. Tiamina 100mg/2ml |
| 51. Heparina sódica | 73. Tiaprida 100mg |
| 52. Hidrocortisona 100mg | 74. Metronidazol 5mg/ml |
| 53. Imipenem cilastatina
500mg | 75. Levofloxacina 5mg/ml |
| 54. Labetalol 100mg/20ml | 76. Aciclovir 250mg |
| 55. Levetiracetam 100mg/ml | |
| 56. Levofloxacilina 5mg | |
| 57. Metamizol de magnésico
2000mg | |
| 58. Metilpredenisolona
125mg/2ml | |
| 59. Metoclopramida 10mg/2ml | |
| 60. Metronidazol 5mg/ml | |
| 61. Midazolam 15mg/3ml | |
| 62. Ondasetrom 8mg/4ml | |
| 63. Óxido férrico sacarosado
100mg/5ml | |
| 64. Paracetamol 10mg/ml | |

- 77. Tramadol 100mg/2ml
- 78. Vancomicina 1000mg
- 79. Vancomicina 500mg
- 80. Meropenem 1gr
- 81. Flumazenilo 0,1mg/ml
- 82. Enoxaparina sódica 40mg/0,4 ml
- 83. Alfalcidol 2mg/0,5ml
- 84. Atropina 0,5mg/ml
- 85. Enoxaparina sódica 60mg/0,6 ml
- 86. Enoxaparina sódica 80mg/0,8 ml
- 87. Digoxina 0,25mg
- 88. Ácido aminocapróico 25% -2,5mg

Transdérmicos

1. Nitroglicerina trans. 5mg
2. Nitroglicerina trans. 10mg

Inalatórios

1. Brometo ipratropio 0,4mg susp.
2. Salbutamol 100mcg susp.
3. Salbutamol 5mg/ml – frasco 10ml
4. Beclometasona 250mcg

Tópicos

1. Linovera
2. Lidocaína gel
3. Bacitracina
4. Sulfadiazina de prata
5. Gel anestésico lubrificante -lidocaina estéril – 6ml
6. Hidrogel
7. Thrombocid
8. Óxido de zinco
9. Vaselina sólida esterilizada
10. Vitamina A
11. Iodopovidona pomada
12. Lidocaína gel
13. Gelatina 78mg

COFRE

1. Cetamina 500mg/10ml
2. Cloreto de potássio 7,5% (75mg/ml)
3. Cloreto de sódio 20% (200mg/ml)
4. Fentanyl 100
5. Fentanilo 25mcg
6. Fentanilo 0,25mg/5ml
7. Fenobarbital 0,1g
8. Fentanilo 0,05mg/ml
9. Fentanilo 100mcg
10. Fentanilo 12mcg
11. Fentanilo 50mcg
12. Fentanyl 200
13. Flumazenil
14. Hidromorfona 32mg
15. Hidromorfona 8mg
16. Metilfenidato 10mg
17. Morfina /ml
18. MST - 1
19. MST – 10
20. MST – 3
21. MST – 6
22. Naloxona
23. Sufato de morfina (oromorph) – 10mg/5ml
24. Sulfato de morfina (oromorph) – 20mg/1ml
25. Tapentadol 100mg
26. Tapentadol 50mg

27. Transtec 52,5mcg

28. Trasntec 35mcg

29. Trasntec 50mcg

Apêndice VI – Questionário de Avaliação de Sessão de Formação em Serviço

Questionário de avaliação da sessão de formação em serviço		
Segurança do doente – Medicamentos look alike sound alike		
Local:	Sala de Enfermagem do Serviço de Especialidades Médicas	
Formador	Enfermeira Luísa da Costa, estudante do Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica do Escola Superior de Saúde do Centro Hospitalar de Setúbal	
Grau de apreciação	Nada satisfeito	
	Pouco satisfeito	
	Satisfeito	
	Bastante satisfeito	
	Extremamente satisfeito	
Metodologia	Nada satisfeito	
	Pouco satisfeito	
	Satisfeito	
	Bastante satisfeito	
	Extremamente satisfeito	
Conteúdos programáticos	Nada satisfeito	
	Pouco satisfeito	
	Satisfeito	
	Bastante satisfeito	
	Extremamente satisfeito	
Objetivos	Nada satisfeito	
	Pouco satisfeito	
	Satisfeito	
	Bastante satisfeito	
	Extremamente satisfeito	
Desempenho do formador	Nada satisfeito	
	Pouco satisfeito	
	Satisfeito	
	Bastante satisfeito	
	Extremamente satisfeito	
Apreciação global	Nada satisfeito	
	Pouco satisfeito	
	Satisfeito	
	Bastante satisfeito	
	Extremamente satisfeito	
Sugestões		

Apêndice VII- Projeto de desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa Em Situação Crítica

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA
Escola Superior
de Saúde



Escola
Superior
de Saúde
IPPortalegre



IPS
Instituto
Politécnico de Setúbal
Escola Superior de
Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

3.º Curso de Mestrado Em Associação Especialidade Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica Unidade Curricular – Estágio Final

Projeto de desenvolvimento de competências
Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa
Em Situação Crítica

Serviço de Especialidades Médicas - Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais e
Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Centro Hospitalar de Setúbal

Professor Orientador:
Professora Mariana Pereira
Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica Marisa Biscaia

Estudante de Enfermagem:
Luísa Patrícia Fernandes da Costa
n.º 20303

Portalegre
30 de Setembro de 2019

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Escola Superior de Saúde
IPPortalegre



IPS Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias



3.º Curso de Mestrado Em Associação Especialidade Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica Unidade Curricular – Estágio Final

Projeto de desenvolvimento de competências
Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa
Em Situação Crítica

Serviço de Especialidades Médicas - Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais e
Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Centro Hospitalar de Setúbal

Professor Orientador:
Professora Mariana Pereira

Enfermeira Orientadora:
Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica Marisa Biscaia

Estudante de Enfermagem:
Luísa Patrícia Fernandes da Costa
n.º 20303

Portalegre
30 de Setembro de 2019

Abreviaturas

CHS – Centro Hospitalar de Setúbal

UAVC – Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais

SEM – Serviço de Especialidades Médicas

UCIP- Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Índice

<u>Introdução</u>	144
<u>1 locais de estágio</u>	146
<u>2 plano de aquisição e desenvolvimento de competências</u>	147
<u>2.1 planificação aquisição das competências comuns de enfermeiro especialista</u>	148
<u>2.2 planificação aquisição das competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica a pessoa em situação crítica</u>	159
<u>2.3 competências de mestre em enfermagem</u>	167
<u>3 turnos – horário</u>	169
<u>Considerações finais</u>	171
<u>Referências bibliográficas</u>	172

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio Final, do 1º Semestre, do ano letivo 2019-2020, do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação – Enfermagem Médico Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, realizado na Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais (UAVC) do Serviço de Especialidades Médicas (SEM) e na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Centro Hospitalar de Setúbal (CHS) sob orientação da Professora Mariana Pereira e dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico Cirúrgica Marisa Biscaia e Flávio Patoleia de 17 de Setembro de 2019 a 31 janeiro de 2020 contabilizando um total de 366 horas, é nos proposto a realização de um projeto de estágio.

O estágio Final tem como finalidade promover o desenvolvimento de conhecimentos e competências para a intervenção especializada num domínio de enfermagem, evidenciados em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde; promover a melhoria dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e aos referenciais éticos e deontológicos; capacitar para a governação clínica e por fim contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada.

Relativamente aos objetivos de aprendizagem o Estágio Final pretende que o estudante de enfermagem evidencie capacidade de reflexão crítica sobre a prática clínica, fundamente as decisões com base na teorização e na evidência científica, descreva e avalie o desempenho e a implementação de um projeto e apresente um relatório, com consequente discussão em provas públicas.

De forma a dar resposta aos objetivos de aprendizagem, isto é, às exigências formativas, surge o presente trabalho - projeto de desenvolvimento de competências. Ao mesmo tempo pretendemos através da conceção e implementação deste projeto o desenvolvimento e aquisição de competências de Mestre em Enfermagem previstas no 15.º do Decreto-Lei n.º 63/2016.

Com este documento pretendemos planear e descrever as atividades que nos propomos realizar durante o estágio de forma a desenvolver competências comuns e específicas no enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica a pessoa em situação crítica e competências de mestre em enfermagem, e ao mesmo tempo refletir sobre as necessidades de aprendizagem.

Importa referir que este projeto de estágio foi redigido à luz do novo acordo ortográfico da língua portuguesa e seguiu as orientações de citação e referenciação emanadas pela American Psychological Association, 6.^a edição. Foi ainda utilizado o guia orientador para elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, como base para a formatação.

• LOCAIS DE ESTÁGIO

O estágio decorre entre 17 de setembro de 2019 e 31 janeiro de 2020, tendo uma interrupção letiva entre dezembro e janeiro, no CHS no SEM, concretamente na UAVC e na UCIP

O CHS, possui como missão a “promoção da saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades dos hospitais que o compõem, prestando cuidados de saúde especializados, com respeito pela dignidade dos doentes, e estimulando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa” (CHS, 2015).

De acordo com o Regulamento Interno do CHS (2015), tem como objetivos:

- “a) Prestação de cuidados de saúde humanizados, de qualidade e em tempo oportuno;*
- b) Aumento da eficácia e eficiência, num quadro de equilíbrio económico e financeiro sustentável;*
- c) Desenvolvimento de áreas de diferenciação e de referência na prestação de cuidados de saúde, reabilitação, convalescença e paliativos;*
- d) Implementação de programas de prestação de cuidados de saúde em ambulatório e ao domicílio, para minimizar o impacto da hospitalização;*
- e) Promoção da investigação e da formação profissional.”*

Após alguma reflexão assim como introspeção optamos por estes dois locais de estágio, por se tratarem ambos de locais que proporcionam o desenvolvimento de competências no âmbito do cuidado à pessoa em situação crítica, com promoção contínua do desenvolvimento profissional e pessoal. A UAVC pelas suas características predomina os cuidados ao doente neuro crítico, área de interesse pessoal e profissional, uma vez que neste momento exercemos atividade profissional no serviço de especialidades médicas.

• PLANO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Ao longo deste capítulo, considerando os objetivos traçados pretendemos apresentar um plano das atividades a realizar no decorrer do estágio com o objetivo de desenvolver as competências comuns e as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica a Pessoa em Situação Crítica, assim como das competências de mestre.

Importa assim clarificar o conceito de competência, segundo Roldão (2003 citado por Henriques 2015), competência, refere-se à capacidade de mobilizar adequadamente diversos conhecimentos prévios, selecionando e integrando esses conhecimentos perante uma determinada questão ou problema. Ou seja, a competência consiste no último objetivo de vários objetivos que para ela contribuem. É um processo construído, que, em princípio, não se perde. Deste modo, somos detentores de várias competências construídas ao longo da vida.

Segundo o Diário da República 2.º série, n.º 35, 18 de Fevereiro de 2011 (Ordem dos Enfermeiros, 2011) o enfermeiro Especialista é “um enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico da Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico, tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção”.

De acordo com o Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos enfermeiros, 2010) o enfermeiro especialista é detentor de um conjunto de competências clínicas especializadas, decorrentes do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais que se concretiza em competências comuns e competências específicas.

○ **PLANIFICAÇÃO AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

Segundo o Diário da República 2.º série, n.º 35, 18 de Fevereiro de 2011 o enfermeiro Especialista é “um enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico da Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico, tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção”.

De acordo com o Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos enfermeiros, 2010) o enfermeiro especialista é detentor de um conjunto de competências clínicas especializadas, decorrentes do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais que se concretiza em competências comuns e competências específicas. Os enfermeiros especialistas partilham assim um domínio de competências comuns, que segundo a OE (2010) são as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.

Para além, de proporcionar situações de aprendizagem que promove o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica o Estágio, ao mesmo tempo promove a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria continua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

De seguida no quadro 1 apresentamos a planificação das atividades a desenvolver durante a realização do estágio que visam a aquisição das competências comuns do Enfermeiro Especialista.

Tabela 3 - Quadro 1 - Planificação do desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, com base no Regulamento n.º 122/2011 (OE, 2011a)

Do- mí- nio	Competências	Objetivos	Atividades a desenvolver
Da responsabilidade profissional, ética e legal	A1 — Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.	<ul style="list-style-type: none"> • Participar na construção da tomada de decisão ética, suportada em princípios, valores e normas deontológicas; • Apresentar e demonstrar espírito de equipa • Aplicar os princípios éticos e deontológicos na conceção e desenvolvimento do projeto de intervenção; 	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilizar conhecimentos da unidade curricular do 1.º semestre do Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica a Pessoa em situação Crítica: Ética, Epistemologia e Direito em Enfermagem; • Rever documentos orientadores do exercício da enfermagem, nomeadamente: Regulamento do exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e Deontologia Profissional, integrada no estatuto da OE; • Realizar reflexões críticas sobre os processos de tomada de decisão e problemas e/ou dilemas éticos que possam surgir;
	A2 — Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.	<ul style="list-style-type: none"> • Incluir o doente e sua família nos processos de tomada de decisão sempre que possível; • Demonstrar uma prática profissional baseada no respeito pelos direitos humanos, assegurando, entre outros confidencialidade, a 	

		segurança, a privacidade, o respeito pelas crenças e valores e a autonomia da pessoa;	<ul style="list-style-type: none">• Confirmar da existência e validade de consentimentos informados ao doente ou família e/ou Diretivas Antecipadas de Vontade na prestação de cuidados ao doente.• Conhecer documentos, protocolos e normas de procedimento do CHS, nomeadamente da UAVC e UCIP;• Planear e prestar cuidados, assumindo a defesa dos Direitos Humanos conforme descrito no Código Deontológico;
--	--	---	--

Domínio da melhoria contínua da qualidade	B1 — Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrar uma atitude de aprendizagem contínua, de modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo; • Refletir com a enfermeira orientadora, e com outros enfermeiros da equipa, sobre as mudanças produzidas pelos projetos já implementados; • Promover um ambiente seguro na prestação de cuidados direta ao doente/família tendo em conta as suas necessidades; • Compreender o papel do especialista na promoção de um ambiente seguro para o doente (ambiente que respeite as necessidades físicas, a identidade sociocultural do doente, a idade e o envolvimento da família para uma melhor perceção). • Identificar situações risco no ambiente e na prestação de cuidados ao doente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilizar conhecimentos adquiridos na Unidade Curricular do 1.º semestre: Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde. • Conhecer os indicadores de qualidade desenvolvidos na UAVC e UCIP do CHS, bem como processos de acreditação e auditoria da qualidade; • Consultar documento internos de segurança do doente e notificação de efeitos adversos; • Compreender o modo de operacionalização das comissões internas de serviço, formação em serviço e grupos de trabalho existentes; • Conhecer os projetos e programas de melhoria contínua do serviço através de recolha de informação junto da Enfermeira Chefe e Enfermeiro Orientador;
	B2 — Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade		
	B3 — Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.		

		<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer uma relação de ajuda entre doente e família, aumentando a confiança e o seu conforto; • Identificar a organização da equipa de enfermagem nos vários turnos percebendo a adequação dos recursos humanos e o cumprimento das dotações seguras no Serviço de Especialidades Médicas – UAVC e UCIP; 	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisar sobre: padrões de qualidade dos cuidados de saúde (satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem) • Integrar na prestação de cuidados, os conhecimentos sobre recomendações nacionais, protocolos e normas de orientação clínica, da área da qualidade; • Aplicar diretrizes nacionais e conhecimentos baseados em evidência científica na partilha de conhecimentos à equipa de enfermagem na melhoria da qualidade dos cuidados prestados; • Utilizar as passagens de turno como momentos de formação;
--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Realização de uma entrevista exploratória com a Enfermeira orientadora de forma a Identificar oportunidades de melhoria da qualidade; • Realização de um projeto de intervenção em serviço no âmbito da segurança e da melhoria da qualidade; • Elaborar um artigo científico no âmbito da melhoria de cuidados e segurança do doente.
Da gestão de cuidados	C1 — Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.	<ul style="list-style-type: none"> • Refletir acerca do impacto da liderança na dinâmica de serviço e motivação da equipa; • Compreender as competências do enfermeiro especialista na gestão da equipa e do serviço; 	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilizar conhecimentos da Unidade Curricular do 1.º semestre: Gestão de Serviços e Governação Clínica em Enfermagem • Pesquisa bibliográfica sobre: dotações seguras, gestão dos cuidados em saúde na melhoria contínua da qualidade, gestão do risco e segurança do doente, gestão da informação clínica/ sistemas de

	<p>C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Refletir sobre o papel/competências do enfermeiro especialista na área da gestão de cuidados e princípios a ter em conta na gestão e liderança operacional de uma equipa, bem como dificuldades sentidas e estratégias adotadas; • Colaborar com a equipa multidisciplinar promovendo a construção de relações interpessoais que visem um ambiente de trabalho saudável; 	<p>informação e comunicação, metodologias de organização do trabalho em enfermagem, gestão de recursos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caracterização da equipa de enfermagem de modo a compreender a organização dos recursos humanos às necessidades de cuidados, por parte do enfermeiro especialista. • Analisar as decisões da enfermeira orientadora na equipa e intervenção ativa na tomada de decisões da equipa multidisciplinar acerca do doente crítico, acrescentando informações relevantes e justificando o seu ponto de vista, através de um raciocínio fundamentado; • Colaborar, se possível, na melhoria da transmissão de informação através da elaboração de um documento orientador das “passagens de turno” segundo o modelo ISBAR; • Compreender através da colaboração com a enfermeira orientadora durante a prática clínica como se
--	---	---	---

			<p>processa referência dos doentes para outros prestadores de cuidados de saúde, com vista à garantia de continuação da qualidade de cuidados;</p> <ul style="list-style-type: none">• Identificar os serviços de apoio e sua articulação com a UAVC e UCIP;• Colaborar com a enfermeira coordenadora no que diz respeito à gestão e coordenação de turno, elaboração de escalas de enfermagem bem como conhecimento das respetivas funções;• Prestar cuidados à pessoa doente e sua família de forma holística, mostrando respeito pela sua identidade individual, cultural e social;• Realizar um estágio de observação no SU do DHS;
--	--	--	--

Domínio das aprendizagens profissionais	D1– Desenvolver o conhecimento e Auto assertividade	<ul style="list-style-type: none"> • Integrar princípios das teorias e modelos conceptuais em enfermagem médico cirúrgica no processo de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica; • Adequar conhecimentos teóricos à prestação de cuidados especializados ao doente; • Identificar lacunas de aprendizagem/ necessidades de aprendizagem durante a prática de cuidados quer na interação com a equipa; • Definir estratégias para superar as dificuldades sentidas contribuindo para uma boa prática; • Demonstrar capacidade de actuação em situações imprevistas, gerindo sentimentos e emoções; 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar o questionário de diagnóstico sobre as necessidades formativas da equipa; • Identificar a corrente teórica de enfermagem com a qual nos identificámos enquanto enfermeiros; • Mobilizar conhecimentos das Unidades Curriculares do 1.º e 2.º semestre. • Realizar reflexões críticas sobre a prática clínica proporcionando um aumento do conhecimento enquanto pessoa e enfermeiro atuando em situação crítica; • Procurar evidência científica que fundamentem e sustentem os cuidados de enfermagem prestados à pessoa doente em situação crítica, através das bases de dados de enfermagem.
---	---	--	---

		<ul style="list-style-type: none">• Demonstrar espírito de iniciativa e motivação na resolução de problemas;• Identificar de necessidades formativas através da observação direta;• Refletir acerca das dificuldades sentidas, quer na prestação de cuidados• Refletir sobre a importância das teorias de enfermagem e modelos conceptuais na avaliação diagnóstica de enfermagem.	<ul style="list-style-type: none">• Realizar sessões de formação acerca de cuidados de enfermagem ao doente crítico na área da segurança e melhoria de qualidade;• Participar em ações formativas que contribuam para a aquisição de competências (Formação Plano de Emergência Interna do CHS; Congresso do Doente Critico 2019);• Colaborar nos estudos de investigação e projetos em curso ou a desenvolver;• Realização de reuniões periódicas com a Enfermeira Orientadora para validação do percurso, atividades planeadas e desenvolvimento de competências (15 em 15 dias).
--	--	---	--

	D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento		
--	---	--	--

Fonte: Regulamento n.º 122/2011 (OE, 2011)

- **PLANIFICAÇÃO AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

Citando o preâmbulo do Regulamento n.º 124/2011 – Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Situação Crítica:

“A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta as necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. E se em situação crítica a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes se reconhecem de importância máxima, cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica é uma competência das competências clínicas especializadas — considera-se igualmente a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, da concepção à acção, bem como a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infecção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação”(DR, 2a série – N.º 35 – 18 de Fevereiro de 2011, p.8656).

No documento intitulado “Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa crítica”, elaborados pela OE (2001), surgem os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros Especialistas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Estas vão de encontro a três grandes áreas de intervenção: 1 - A Pessoa em Situação de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica; 2 - Situação de Catástrofe ou Emergência Multi-vítimas; 3 - Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica. Os enunciados descritivos compreendem ainda sete categorias: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados e a prevenção e controlo da infecção associada aos cuidados.

Assim de acordo com a OE (2010) o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica a Pessoa em Situação crítica detêm as seguintes competências:

“K1- Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; K2- Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, da concepção à acção e K3- Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infecção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.” (OE, 2010).

Seguidamente no quadro 2 apresentamos as atividades que pretendemos desenvolver durante a realização do estágio final que visam a aquisição das competências acima mencionadas.

Tabela 4 -Quadro 2 - Planificação do desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa em situação Crítica, com base no Regulamento n.º 124/2011

Competência	Objetivos	Atividades a desenvolver
K1 — Maximiza a intervenção na prevenção da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica face à complexidade da situação e à necessidade de	<ul style="list-style-type: none">• Desenvolver a prática clínica à pessoa /família em situação crítica e/ou falência orgânica fundamentada em sólidos padrões de conhecimento;• Adequar a forma de comunicar tendo em conta a individualidade da pessoa em situação crítica, a sua família/cuidadores e estado clínico;	<ul style="list-style-type: none">• Realizar a formação proposta pelo serviço de formação do CHS sobre a comunicação assertiva de más notícias, de forma a facilitar os processos de transição ou de luto;• Realizar pesquisa de evidência científica nas bases de dados, de forma a melhorar a assistência ao doente crítico através das diversas bases de dado sobre: o doente crítico; cuidados de enfermagem à PSC; competências do EEEMC em PSC, utente em PCR, Suporte Avançado de Vida; ventilação mecânica invasiva e não invasiva; trombólise; TEV.

<p>respostas em tempo útil e adequadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilizar conhecimentos sobre estratégias de apoio do doente e família no processo de transição saúde-doença ou de luto; • Avaliar impacto das intervenções implementadas; • Desenvolvimento de competências na prestação de cuidados ao doente neurocrítico; • Gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos em contexto de cuidados neuro críticos; • Realizar a gestão diferenciada da dor e do bem-estar à pessoa em contexto de cuidados intensivos; • Desenvolver de estratégias para promover uma relação terapêutica com doentes em situação crítica e suas famílias. • Identificar a dinâmica da equipa de enfermagem na prestação de cuidados a PSC; 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar a abordagem ABCDE (Via aérea, ventilação, circulação, disfunção neurológica e exposição) na avaliação do doente crítico e a escala de avaliação NHISS no doente neurocrítico; • Aplicar conhecimentos adquiridos nos cursos de Suporte Avançado de Vida e de Internacional Trauma Life Support; • Colaboração com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados a pessoa doente com AVC; • Conhecer protocolos de actuação do serviço – UAVC e UCI e escalas de avaliação do doente neurocrítico (NHISS); • Iniciar precocemente o tratamento e a neuro-reabilitação da pessoa vítima de AVC; • Conhecer/colaborar no transporte e mobilização do doente crítico/neurocrítico, nomeadamente de um doente com indicação para realizar TEV; • Realizar um estágio de observação na Unidade cerebrovascular do Hospital de São José;
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Prestar cuidados de forma autónoma, em tempo útil e de acordo com as necessidades do doente/família; • Refletir sobre a necessidade de protocolos institucionais da presença de familiares em determinados cuidados ao doente, com intervenções objetivas em contexto clínico. • Refletir sobre as questões éticas envolvidas na defesa dos interesses do doente/ família ou do doente que se encontra incapaz de expressar a sua vontade. • Assistir a pessoa e a família nas perturbações decorrentes do contexto de cuidados neuro críticos; • Valorizar o envolvimento da família durante os cuidados à pessoa em situação crítica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar precocemente sinais de deterioração do estado clínico da pessoa em situação crítica em situação prevenido complicações; • Integrar o processo de doação de órgãos; • Identificar e atuar de acordo com protocolos terapêuticos complexos na abordagem ao doente crítico/neurocrítico; • Aplicação de protocolos de avaliação e utilização e escalas de dor no doente neurocrítico; • Identificar /aplicar estratégias de comunicação não-verbal no doente com afasia de expressão com incapacidade para comunicar; • Proceder à correta montagem do ventilador, tornando-o apto à rápida conexão de doentes em situação crítica; • Identificar as principais modalidades ventilatória, relacionando a modalidade ventilatória com a situação clínica do doente, procedendo ao seu registo nas notas de enfermagem e na folha de passagem de turno; • Interpretar e analisar os dados observados no monitor, definindo os respetivos alarmes;
--	---	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Planear e executar intervenções de enfermagem de acordo com as necessidades do doente em situação crítica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Executar a correta montagem e desmontagem da máquina de hemodialise; • Transmitir da informação de forma clara ao doente/família sobre o estado do doente, procedimentos, tratamentos, equipamentos, prognóstico e contatos com o serviço. • Desenvolver planos de alta e “follow-up” adequados;
K2 — Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da concepção à acção	<ul style="list-style-type: none"> • Compreender a importância da formação e simulação de situações de catástrofe e emergência multi-vítimas em meio hospitalar; • Conhecer o plano de evacuação para o Hospital e para o Serviço; • Conhecer a localização de escadas, botões manuais de alarme, extintores de incêndio, bocas-de- incêndio e pontos de encontro/reunião, da área onde o serviço está localizado; 	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilizar conhecimentos da Unidade Curricular do 2.º semestre: Enfermagem Médico-cirúrgica 3 e 4. • Consultar os planos nacional e municipal de catástrofe e emergência; • Consultar o plano de resposta a catástrofe do Centro Hospitalar de Setúbal; • Realizar a formação sobre o plano de Emergência Interna do CHS (19 de outubro de 2019); • Analise da organização /estrutura física do serviço face às orientações do plano de Emergência Interno; • Divulgar as instruções gerais de segurança no serviço;

	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer os membros das diversas equipas de emergência do serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participar em atividades de treino de resposta em situação multi-vítimas ou catástrofe e gestão dos cuidados nestas situações, caso ocorram exercícios desta natureza durante o período de estágio; • Pesquisa bibliográfica sobre a elaboração de Planos de Emergência e Catástrofe para unidades de saúde.
K3 — Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação necessidade respostas	<ul style="list-style-type: none"> • Participar na implementação do plano de controlo de infeção; • Compreender a função do enfermeiro especialista na monitorização, registo e avaliação das medidas de prevenção e controlo implementadas; • Conhecer o PPCIRA e as diretrizes do Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e Resistência aos Antimicrobianos; • Promover o cumprimento de medidas de isolamento no controlo da infeção; 	<ul style="list-style-type: none"> • Caracterização do serviço na identificação de áreas problemáticas e diagnóstico das necessidades na prevenção e controlo das IACS; • Consultar/aplicar protocolos, normas e planos de prevenção e controlo de infeção do CHS; • Manusear corretamente o equipamento de proteção individual durante a prestação de cuidados, adequando-o aos diferentes tipos de isolamento; • Mobilizar conhecimentos da Unidade Curricular do 2.º semestre: Enfermagem Médico-cirúrgica 5; • Realizar pesquisas bibliográficas sobre prevenção e controlo das IACS, precauções básicas de controlo de infeção, precauções baseadas nas vias de transmissão: Medidas de isolamento;

tempo útil e adequadas	<ul style="list-style-type: none">• Dinamizar a equipa de enfermagem e de auxiliares de ação médica, no sentido de serem criadas boas práticas, no controlo de infeção;• Implementar estratégias de intervenção na prevenção e controlo de infeção hospitalar;	<ul style="list-style-type: none">• Prestar cuidados adequados de enfermagem, de acordo com as medidas de prevenção e controlo de infeção da instituição/serviço.• Realizar a técnica de aspiração de secreções ao doente ventilado/traqueostomizado segundo as normas de prevenção e controlo de infeção;• Manusear equipamento de traqueostomia do doente traqueostomizado segundo as normas de prevenção e controlo de infeção;• Manusear corretamente o equipamento de alimentação parentérica e substituí-lo de acordo com as normas de prevenção e controlo de Infeção;• Sensibilizar os profissionais do serviço para os problemas da infeção hospitalar;
------------------------	---	--

Fonte: Regulamento n.º 124/2011 (OE, 2011b).

o **COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM**

Importa ainda referir que é também exigido a aquisição de competências de mestre, que segundo o decreto de Lei n.º 63/2016, Artigo n.º 15, o grau de Mestre é atribuído a quem:

- a) *“Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão um nível que:*
 - i. *Sustentando -se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;*
 - ii. *Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;*
- b) *Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;*
- c) *Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;*
- d) *Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;*
- e) *Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.*

2 — *O grau de mestre é conferido numa especialidade, podendo, quando necessário, as especialidades ser desdobradas em áreas de especialização (Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior [MCTES], 2016, p. 3174). “*

Assim, o estágio Final assume-se como um momento de aprendizagem essencial permitindo o desenvolvimento de aquisição de competências clínicas, quer comuns quer específicas do Enfermeiro especialista, mas também de competências de investigação que proporcionam o desenvolvimento e aquisição de competências necessárias para a obtenção do grau de mestre.

De forma a adquirir as competências de grau de mestre é ainda exigido aos estudantes que desenvolvam um projeto de Investigação major. Após reflexão e reunião com a Enfermeira Orientado do estágio Final e da docente orientadora propomo-nos a desenvolver um projeto cuja linha de investigação se insere na segurança e qualidade de vida do doente, que posteriormente abordaremos num outro momento de forma mais detalhada.

Acrescenta-se ainda que posteriormente será elaborado um relatório de estágio de natureza profissional, que será submetido a provas públicas para aprovação.

• TURNOS – HORÁRIO

Mês	Setembro																													Total horas	
Dia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29		30
Turno																	ESS -IPP						T	M				T			M
n.º horas																	8H						7H30	8H30				7H30			8H30

Mês	Outubro																															Totais horas
Dia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Turno	M	M			M		M	M	T	M		M										ESS IPP		CDC 2019	CDC 2019			M	M	T		
n.º horas	8h30	8h30			8h30		8h30	8h30	7h30	8h30		8h30										8H		8h	8h			8h30	8h30	7h30		

Mês	Novembro																														Total horas
Dia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
Turno		T		M	M	M	M		M									UCAV			UCAV				UCAV			UCAV			
n.º horas		7H30		8H30	8H30	8H30	8H30		8H30									8h			8h				8h			8h			

Mês	Dezembro																															Total Horas
Dia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Turno																					Interrupção letiva – férias do Natal											
n.º horas																																

Interrupção letiva – férias do Natal

Mês	Janeiro																															Total Horas
Dia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Turno	Interrupção letiva – férias do Natal																															
n.º horas																																

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização do presente trabalho podemos afirmar que nos permitiu refletir sobre os objetivos do estágio final, bem como o planejamento das atividades a desenvolver de forma a adquirir as competências comuns do enfermeiro especialista assim como as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica a pessoa em situação crítica.

Importa salientar que este projeto pode sofrer alterações uma vez que nos encontramos ainda numa fase inicial do Estágio Final e por isso pode existir essa necessidade por serem identificadas novas necessidades formativas e respetiva carência de alterar as atividades a desenvolver para o seu atingimento.

Considerando a articulação entre as Unidades Curriculares Estágio Final e Relatório, a avaliação deste projeto de estágio e de desenvolvimento de competências será realizada no Relatório de Estágio sob a forma de análise crítica e reflexiva das atividades realizadas e competências adquiridas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior (2016). Decreto-Lei n.º 63/2016. Cria o diploma de técnico superior profissional e procede à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 64/2006, de 21 de março, à quarta alteração ao Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, e à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 113/2014, de 16 de julho. Diário da República, 1ª Série, no 176 (13 de setembro 2016) p. 3159-3191

Ordem dos Enfermeiros (2011a). Regulamento n.º 122/2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª Série – n.º35 (18 de fevereiro de 2011), p. 8648-8653.

Ordem dos Enfermeiros (2011b). Regulamento n.º 124/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2.ª Série – no 35 (18 de fevereiro de 2011), p. 8656-8657.

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 429/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República, 2.ª série - n.º 135 (16 de julho de 2018), p. 19359-19370.

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª Série – no 26 (6 de fevereiro 2019), p. 4744-4750.

ANEXOS

Anexo I - Lista de medicamentos com nome ortográfico e /ou fonético semelhantes, com aplicação do método de inserção de letras maiúsculas

MEDICAMENTOS LASA	
Aciclovir	GAN aciclovir/ VAL aciclovir/ VALGAN aciclovir
ácido fólico	ácido fo Í nico
a DRENAL ina	a TROP ina
AL fentanilo	fentanilo/ SU fentanilo
alo PURIN ol	halo OPERID ol
ami NOFIL ina	amio DARONa / am LODIP ina
ami TRIPTIL ina	NOR triptilina
anfotericina B	anfotericina B LIPOSSÓMICA
aza TIOPR ina	aza CITID ina
BETA metasona	DEXA metasona
BU pivacaína	LEVO bupivacaína/ RO pivacaína/ ME pivacaína
ca LCITRI ol	ca RVEDI ol
CARBAM azepina	OXCARB azepina
ciclo SPORINA	ciclo FOSFAMIDA
citalopram	ES citalopram
c LARITROM icina	CIPRO floxacina
clomi PRAMINA	cloro PROMAZ ina/ Clomi FENO
CLON azepam	Diazepam / LOR azepam/ OX azepam
clo NID ina	clo ZAP ina
cloro PROMAZINA	cloro DIAZEPÓXIDO
CLOROQU ina	QUIN ina
DOBUT amina	DOP amina
DUL oxetina	FLU oxetina/ PAR oxetina
flu VOXAM ina	flu FENAZ ina*
ge MCITAB ina	ge NTAMIC ina
gli BENCLAM ida	gli PIZ ida/ gli MEPIR ida/ gli CLAZ ida
hidr ALAZ ina	hidr OXI zina

lamIVUDina	lamOTRIGina
levoMEPROMAZina	levoTIROXina
MEDICAMENTOS LASA	
meDROXIPROGEsterona	meTILTESTOsterona
metFORMINA	metRONIDAZOL
metIMazol	metRONIDAZOL
mitoMICina	mitoXANTRona
morfina	HIDROMorfona
niMODipina	niFEdipina/ niZATidina
OLANzapina	QUETiapina
prednisoLona	prednisona
propRANOLol	propOFol
rifamPICina	rifamicina
Sirolimus	TACrolimus
sulfaDIazina	sulfaSSALazina
SUMATriptano	ZOLMitriptano
vinBLAstina	vinCRISTina
MEDICAMENTOS USADOS PREDOMINANTEMENTE NO TRATAMENTO DO CANCRO	
ABCiximab	CETUximab/ INFLiximab/ RITUximab
BEVACizumab	TRASTUzumab
CARBOplatina	CISplatina/ OXALiplatina
CICLOfosfamida	Ifosfamida
DASAtinib	LAPatinib/ SORAtinib/ SUNitinib
DAUNOrubicina	DOXOrubicina/ EPIrrubicina/ IDArrubicina
DOCEtaxel	PACLitaxel
mitoMICina	mitoXANTRona
vinBLAstina	vinCRISTina/ vinORELBina
MEDICAMENTOS ANTIBACTERIANOS	
CEFALOSPORINAS	CefAZOLINA
	CefOXITINA
	CefTAZIDIMA
	CefTRIAxONA
	CefOTAXIMA
	CefEPIMA
	CefALEXINA
QUINOLONAS	CIPROfloxacina
	LEVOfloxacina
	MOXIfloxacina
	NORfloxacina
	Ofloxacina

Anexo II– Despacho da Autorização do PIS

CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.
HOSPITAL DE S. BERNARDO
HOSPITAL ORTOPÉDICO SANTIAGO DO OÚTÃO



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



GABINETE DE INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO
RESEARCH & DEVELOPMENT OFFICE

DELIBERAÇÃO:

CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.
O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Anexo
17

21.12.18

NOTA DE SERVIÇO

PARA: Exma. Sra. Dra. Elisa Carvalho, Gestora do Gabinete de Investigação e Desenvolvimento.
DE: Sr. Pedro Santos, Secretário do Gabinete de Investigação e Desenvolvimento

17-12-2019

ASSUNTO: Autorização à realização do Estudo "Segurança do doente e medicação LASA. Um projecto de melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem", a realizar nos Serviços de Especialidades Médicas do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

Trata-se de um estudo, conferidor de grau académico - Mestrado, cuja Investigadora Principal é a Exma. Sra. Enf.ª Luísa Patrícia Fernandes da Costa, a realizar nos serviços de Especialidades Médicas do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. (ver anexo e processo devidamente instruído).

O estudo, no entendimento da Comissão de Ética, direccionado a não doentes, não requer análise da CES.

Contudo, teve o parecer favorável do Exmo. Sr. Enf. Gestor José Almeida.

A realização deste estudo tem como objectivo promover a qualidade de enfermagem na área da segurança do doente e da medicação LASA, realização de uma revisão sistemática da literatura sobre medicamentos LASA, elaborar uma proposta de método de armazenamento de medicamentos (organização e sinalética), realizar uma formação em Serviço no Serviço de Especialidades Médicas sobre as Normas da DGS relativas aos medicamentos LASA e prevenir os erros de medicação associados aos medicamentos LASA no Serviço de Especialidades Médicas do Centro Hospitalar de Setúbal.

À consideração superior,

Pedro Santos

ACTA Nº 51 / 99

Contactos GID: gid@chs.min-saude.pt

Rua Camilo Castelo Branco • 2910-446 Setúbal • Telefone: 265 549 000 • Ext.: 6818 (Pedro Santos) • www.chs.min-saude.pt

DESPACHO

tenho conhecimento.

À Exma. Sra. Enf. Carla Silva Mendes Solicito-se a autorização para a realização do estudo em todo em

EMQ
17-12-2019

Carla Mendes
17/12/2019

Ofendes

tenho conhecimento
do sec. do GID, para
informar o IP de
deliberação do CA.

EMQ
27-12-2019

Anexo III - Certificado de Formação em Suporte Básico de Vida



European Resuscitation Council vzw
Emile Vanderveldelaan 35
BE-2845 Niel - Belgium

Luisa Costa

18/12/1988

received the ERC qualification
Basic Life Support (BLS)
in Évora, Portugal

Maria Do Céu Mendes Pinto MARQUES
Course Director



Date last course: 17/05/2018

This certificate is valid from 17/05/2018 to 17/05/2023

To verify the validity of this certificate please visit <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> and enter ERC-945-900399

Anexo IV – Certificado de Formação em Suporte Avançado de Vida



Anexo V – Certificado de Formação em Suporte Avançado de Trauma



ITLS
International
Trauma Life Support

ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS

Certificate of Participation

Luisa Costa, RN

**has completed the
Advanced Provider Course**

date

9/30/2018

course site

IP Setubal, Setúbal,

course director

Dr. Luis Cardoso MD

course coordinator

Luis Figueiredo RN



ITLS
International
Trauma Life Support

Improving Trauma Care Worldwide

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE).

Continuing Education Hours: 16.00 Course #: 17-ITLS-F2-AP02 CEH Type: Advanced

You have participated in a continuing education program that has received CAPCE approval for continuing education credit. If you have any comments regarding the quality of this program and/or your satisfaction with it, please contact CAPCE at: 12300 Ford Road, Suite 350, Dallas, Texas 75234 - 972.247.4442 - jscott@capce.org

CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITLS0026)

Card Holder's Signature

Successful completion does not warrant performance or authorize or qualify the card holder to perform any procedure. This recognition is subject to the provisions and limitations of applicable chapter statutes and licensing acts.

International Trauma Life Support
3000 Woodcreek Drive, Suite 200
Downers Grove, IL 60515

www.itrauma.org



ITLS
International
Trauma Life Support

276017-34000

Luisa Costa, RN

has successfully completed the cognitive skills evaluation in accordance with the standards of International Trauma Life Support for this course.

Advanced Provider Course


Card Issue Date **9/30/2018** Expiration Date **09/2021**

Course Number **34000**

Course Location

IP Setubal, Setúbal,

Anexo VI – Certificado de Formação em Serviço Plano de Emergência Interna

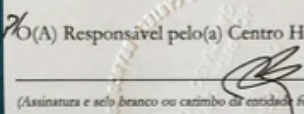

CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.
SERVIÇO DE GESTÃO DA FORMAÇÃO

Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que Luísa Patrícia Fernandes da Costa natural de Marco de Canaveses nascida em 28/12/1988, com o N.º de Cartão de Cidadão 13368052 5ZX0 válido até 18/02/2029, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Plano de Emergência Interno - Formação Inicial, em 02/10/2019, com a duração de 4:00 horas.


Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação
Plano de Emergência Interno	4:00	-

Setúbal, 02 de abril de 2020

 O(A) Responsável pelo(a) Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

(Assinatura e selo branco ou carimbo da entidade formadora Certificada)

Certificado n.º 1743/2019 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010

 REPÚBLICA
PORTUGUESA

Anexo VII - Certificado de Formação em Transporte do Doente Crítico

Reencaminhar
Descarregar


formasau
FORMAÇÃO E SAÚDE, LDA

FORMASAU - FORMAÇÃO E SAÚDE, LDA
EMPRESA CERTIFICADA COMO ENTIDADE FORMADORA PELA DGERT
-DIRECÇÃO GERAL DO EMPREGO E DAS RELAÇÕES DE TRABALHO-

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL
(DECRETO REGULAMENTAR Nº 35/2002 DE 23 DE ABRIL)

CERTIFICA-SE QUE **LUISA PATRICIA FERNANDES COSTA** NATURAL DE **PORTO** NASCIDO(A)
A **28-12-1988** NACIONALIDADE **PORTUGUESA** DO SEXO **FEMININO** PORTADOR(A) DO
CARTÃO DE CIDADÃO **13368052** CONCLUIU, COM APROVEITAMENTO, EM **19-05-2018** O CURSO
DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL:

TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO

QUE DECORREU DE **19-05-2018** A **19-05-2018**, COM A DURAÇÃO DE **12 HORAS**, TENDO OBTIDO
A CLASSIFICAÇÃO DE **17,4** VALORES.

Coimbra. 23 de julho de 2018
O Responsável pela FORMASAU


Certificado Nº **23619 / 2018**

 ENTIDADE FORMADORA
CERTIFICADA SAÚDE
• Saúde
• Enfermagem

FORMASAU, FORMAÇÃO E SAÚDE, LDA. Parque Empresarial de Eiras, Lote 19 - 3020-265 Eiras
Tel: 239 801020 a 28 - Fax: 239 801029 - Email: suporte@sinaisvitalis.pt - NIF: 503231533

Anexo VIII– Certificado de Participação nas jornadas de Enfermagem do CHS

